

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N° 161

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Psychiatrie

par

Clémence Baldo

née le 1^{er} décembre 1984 à Bordeaux

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2015

CONTENTION ET MISE EN CHAMBRE DE SOINS INTENSIFS :

UNE APPROCHE CLINIQUE DU VECU DU PATIENT

Président : Monsieur le Professeur Jean-Luc Venisse

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Vincent Delaunay

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur VENISSE,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de mon jury. Je vous suis très reconnaissante de votre enseignement universitaire, et de votre accompagnement lors de ma formation. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur VANELLE,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Je vous adresse mes respects pour votre enseignement et votre disponibilité. Que ce travail présent soit le gage de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur BERRUT,

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en siégeant à ce jury de thèse. Je vous remercie de l'attention que vous portez à ce travail. Je vous témoigne ici de mon profond respect.

Monsieur le Docteur DELAUNAY,

Je vous remercie d'avoir accepté de me soutenir dans cette thèse et pour l'intérêt rigoureux que vous y avez porté. Je vous remercie pour votre grande disponibilité, vos conseils précieux et pour votre gentillesse durant sa réalisation. J'ai eu le plaisir d'être interne dans votre service au cours de mon internat. Votre enseignement clinique m'accompagnera tout au long de mon exercice professionnel. Trouvez ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon admiration.

Madame le Docteur GRUAT,

Tu me fais l'honneur de participer à ce jury de thèse. J'ai eu la chance de travailler à tes côtés pendant mon internat. Ton sens clinique et ta passion sont pour moi un modèle. Ton attention bienveillante a permis d'enrichir mon regard de nouvelles réflexions. Trouve ici la reconnaissance de ma profonde gratitude.

A mes parents,

Pour votre amour, et votre soutien tout au long de mes études (même pendant mes « années bodega »). Vous avez toujours su m'encourager dans chacun de mes choix. Merci pour les bases solides que vous m'avez apportées. Et merci pour tous les « petits articles » que vous m'envoyez régulièrement, et de l'intérêt que vous portez à mon travail.

A mes sœurs, Mathilde et Marie,

Merci de m'avoir supportée pendant mes années de concours, et pour votre soutien tout au long de mes études. À notre complicité malgré nos différences.

À toute ma famille,

À la famille Nantaise,

Gaël, ton humour et ton amitié vont me manquer pendant tes deux années à la Réunion, reviens vite ! Lulu, à notre amitié ! « Et la famille, elle va comment ? ». Camille, tu es la pierre fondatrice de la famille Nantaise, notre grand protecteur. Cécile, ravie et fière d'être ta consœur pour les 2 années à venir. Marie, tu es notre ainée, notre roc ! Agathe, ma 1^{ère} colocataire, une belle rencontre. Juju, ma sista de psy5 et psy3, Annabelle ma future collègue, Emeline, Anne Catherine, Adeline. Merci à tous pour cette belle amitié, et le meilleur reste à venir.

Aux amis déjà docteurs, et aux psychiatres en herbes : Caroline, Antoine, Claire P, Claire G, Sylvain, Hélène, Antoine, je suis contente de vous avoir rencontrés.

À Charlotte, à notre longue amitié qui a débuté pas si loin de Nantes.

À Fanny, une belle rencontre à Nantes, et des sacrées soirées !

À Sandrine, ou plutôt Sandy ! Depuis le temps, on a toujours autant de choses à se dire, et ce n'est pas prêt de s'arrêter.

À mes copines de Bordeaux : Auré, et oui tu es une belle personne, à notre amitié vieille bique ! Bérénice et Marie, au souvenir de l'ECN passé ensemble, « les chats noirs ».

Les filles on en voit le bout ! Anne. Mathou. Merci à vous toutes pour ces années passées ensemble.

À Carole, Agathe et Tiph, la Corsica Team !

À Simon et Marion, les copains d'enfance et d'aujourd'hui.

À ceux et celles qui m'ont aidé dans la relecture, certaines reformulations et mise en page de mon travail : Claire et Domi, Mathilde, Marie, Charlotte, Emeline, Caroline, Claire (la smackeuse de Bernard). Merci pour votre aide précieuse.

Aux différentes équipes soignantes, avec qui j'ai eu tant de plaisir à travailler. Aux secrétaires des services où je suis passée comme interne : vos bureaux ont été un véritable lieu sûr pour moi. Merci.

Aux équipes des services de psychiatrie adulte qui m'ont permis de réaliser ce travail.

Merci aux patients, qui m'apprennent chaque jour et font la richesse de notre métier.

ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

ASD : Acute Stress Disorder

CI : Chambre d'Isolement

CPT : Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

CSI : Chambre de Soins Intensifs

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HAS : Haute Autorité de Santé

PCLS : Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale

PTSD : Posttraumatic Stress Disorder

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
PREMIÈRE PARTIE	13
I - HISTORIQUE.....	14
1 - ANTIQUITE	14
2 - MOYEN-AGE	16
3 - RENAISSANCE	16
4 - XVIIIEME ET XIXEME SIECLE.....	17
a) Les Aliénistes	19
b) En Angleterre.....	22
5 - FIN DU XIXEME SIECLE.....	22
6 - XXEME SIECLE	23
7 - DE NOS JOURS	24
II - CONTENTIONS, CAMISOLE.....	26
1 - LA CAMISOLE.....	26
2 - LES DERIVES DE LA CAMISOLE	26
3 - LA « SEQUESTRATION » EN CELLULE	27
III - DEFINITIONS	29
1 - ISOLEMENT ET CHAMBRE D'ISOLEMENT.....	29
2 - CONTENTION	32
a - Les contentions « qui vont de soi »	32
b - Les contentions « qui ne vont pas de soi »	32
IV - EVOLUTION LEGISLATIVE : de l'exclusion sociale aux soins	34
1 - LA LOI DE 1838	34
2 - LA LOI DU 27 JUIN 1990 DU CODE DE SANTE PUBLIQUE	34
3 - LA LOI DU 5 JUILLET 2011	35
V - EPIDEMIOLOGIE.....	37
1 - ETUDES NORD-AMERICAINES	37
2 - EN EUROPE.....	38
a - Pays-Bas et Royaume-Uni.....	38
b - Autriche, Allemagne, Suisse, Norvège, Espagne et Islande	38
c - En France	39
VI – LEGISLATION ACTUELLE.....	42
1 - DROITS DES PATIENTS	42
2 - LES DEVOIRS DES PROFESSIONNELS DE SANTE	46
3 - LEGISLATION DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION.....	47
a - Avis du CPT	47

b - Avis de l'ONU.....	48
c - Les recommandations du Conseil de l'Europe	49
d - Tour d'horizon législatif à travers le monde	49
e – L'exception législative française.....	50
VII - INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT.....	55
1 - INDICATIONS D'UNE MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT.....	57
2 - CONTRE-INDICATIONS (UTILISATION A TITRE NON THERAPEUTIQUE)	57
3 - CONTRE-INDICATIONS SOMATIQUES A L'ISOLEMENT	57
4 - FACTEURS DE RISQUES	58
VIII - INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'USAGE DE LA CONTENTION.....	59
1 - INDICATIONS.....	59
2 - CONTRE-INDICATIONS.....	60
IX – DIFFERENTS OBJECTIFS DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION MECANIQUE.....	62
1 - DE LA FONCTION SECURITAIRE...	62
2 - ...VERS UNE FONCTION THERAPEUTIQUE.....	63
3 - FONCTION APAISANTE	63
a - Fonction de protection contre soi-même	63
b - Fonction de protection contre le milieu externe : la réduction des stimuli sensoriels.....	64
4 - APPROCHE PSYCHANALYTIQUE	64
a - La chambre de soins intensifs comme lieu de régression...	64
b - ... pour favoriser le retour à l'autonomie	65
c - Une enveloppe psychique permettant la contenance	65
d - La restructuration.....	66
5 - APPROCHE COMPORTEMENTALE	67
a - Le conditionnement opérant.....	68
b - L'évitement.....	69
c - L'extinction	69
6- APPROCHE COGNITIVE	70
X - LES RISQUES DE CES MESURES	71
1 - CONSEQUENCES DE LA MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT SUR LES PATIENTS.....	71
a - Conséquences psychiques.....	71
b - Conséquences physiques	72
2 - CONSEQUENCES DE LA CONTENTION SUR LE PATIENT	72
3 - ELABORATION DE RECOMMANDATIONS	72
4 - CONSEQUENCES SUR LES SOIGNANTS	73
XI - ETHIQUE	75
1 - LE DILEMME ETHIQUE	76
2 - LA DEONTOLOGIE	77
3 - LE VOLET MORAL.....	77
4 - LE RESPECT DE L'AUTONOMIE.....	79
XII - TRAUMATISME PSYCHIQUE.....	82
1 - LE STRESS	82
2 - LE TRAUMATISME PSYCHIQUE	83

3 - MODIFICATIONS APORTEES A L'ETAT DE STRESS AIGU ET A L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE PAR LE DSM	85
... dans le DSM-5	85
DEUXIÈME PARTIE	89
I - MATERIEL ET METHODE	90
1 - OBJECTIFS DE L'ENQUETE	90
2 – METHODE	90
a - Remarques générales	90
b - Site de recrutement des patients.....	91
c - Critères d'inclusion et d'exclusion	92
d - Schéma général d'inclusion des patients	92
e - Période d'inclusion des patients	93
f - Recueil des données.....	93
g - Recueil du vécu.....	94
h - Questionnaire.....	94
i - La recherche d'un état de stress post traumatique pour le patient : la post-traumatic checklist scale (PCLS).....	94
Conclusion	95
II - RESULTATS	96
1 - RESULTATS DES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES	96
a - Données sociodémographiques	96
b - Données cliniques	98
2 - RESULTATS DU RECUEIL DU VECU : RETOUR SUR LES DISCOURS SPONTANES DES PATIENTS	101
a - La notion de traumatisme	101
b - La réduction à l'état d'animal.....	101
c – Le sentiment d'impuissance	101
d - La perte de notion du temps.....	102
e – La difficulté du sevrage tabagique.....	102
f – Un vêtement stigmatisant.....	102
3 - RESULTATS DES QUESTIONNAIRES	103
a - Concernant la mise sous contention	103
b - Concernant la mise en chambre d'isolement	105
4 - RESULTATS DE L'ECHELLE PCLS	109
5 - RETRANSCRIPTION DE QUELQUES ENTRETIENS	110
a - Entretien avec M. S.....	110
b – Entretien avec Mme B.	111
c – Entretien avec M. D.	114
d – Entretien avec M. C	117
III - DISCUSSION	120
1 - LE RECUEIL DU VECU DES PATIENTS	120
2 – QUESTIONNAIRES	120
a - Interprétation des résultats.....	120
b - Comparaison des données à celles de la littérature	120
3 - RECHERCHE DE SYMPTOMES DE PTSD	121
a - Interprétation des résultats.....	121

b - Revue de la littérature.....	121
4 - ENTRETIENS POST-CSI	123
5 - ALLIANCE THERAPEUTIQUE	125
6 - QUEL SOUVENIR DE CES MESURES ?.....	125
7 - AUGMENTATION DE L'UTILISATION DE CES METHODES	126
8 - AMENAGEMENTS ARCHITECTURAUX	128
CONCLUSION	130
ANNEXES	132
BIBLIOGRAPHIE.....	141

INTRODUCTION

Au cours des différents stages de mon internat, j'ai régulièrement eu l'occasion de prendre en charge des patients adultes en période de décompensation de leur trouble psychiatrique.

Lors de ces situations, j'ai été amenée à poser la prescription médicale de mise en chambre de soins intensifs, et à me prononcer sur la nécessité ou non, d'une mise sous contention. Le sentiment de malaise, laissé par ces procédures, m'a poussée, comme d'autres l'ont fait avant moi, à me questionner sur ces pratiques.

De nombreux épisodes se sont déroulés dans la violence, tant pour le patient que pour le soignant. La mise sous contention de patients agités, refusant la sédation médicamenteuse proposée et l'appel de renforts pour réaliser une injection intramusculaire, en sont de parfaits exemples. Certaines mises en chambre de soins intensifs ont été également douloureuses pour le patient, qui n'en comprenait pas le motif, et qui semblait le vivre comme une injustice.

Des interrogations ont donc émergé de ces différentes situations cliniques, auxquelles nous sommes régulièrement confrontés, lors de notre pratique professionnelle à l'hôpital. Malgré leurs grandes diversités, toutes ces situations ont un point commun: l'usage à un moment donné de ces méthodes bien souvent coercitives pour le patient. Je me suis dans un premier temps questionnée sur ces mesures. Leur prescription ne me mettait-elle pas mal à l'aise? La clinique du patient n'était-elle pas aggravée par l'utilisation de ces méthodes? Comment les patients le vivaient-ils? Retrouvait-on a posteriori de l'utilisation de ces pratiques, des éléments d'état de stress post-traumatique ?

C'est de toutes ces interrogations qu'est né mon sujet de thèse. J'ai souhaité rencontrer des patients afin de recueillir leur témoignage sur leur vécu et réfléchir à des solutions de manière à faire évoluer cette prise en charge thérapeutique. Dans une première partie, nous allons retracer l'historique, les définitions, les indications et contre-indications de ces mesures, leurs objectifs thérapeutiques, ainsi que l'aspect législatif et éthique dont elles découlent. Nous reviendrons également sur la notion de traumatisme.

Dans une deuxième partie, nous exposerons les résultats des entretiens et des évaluations faites auprès des patients. Ces résultats feront l'objet d'une discussion et de réflexions pouvant nous orienter vers une évolution de nos pratiques.

PREMIÈRE PARTIE

I - HISTORIQUE

On peut individualiser schématiquement deux grandes conceptions radicalement différentes de l'articulation entre l'âme et le corps, dont la prédominance a varié au cours de l'histoire, modifiant ainsi nécessairement celle de la maladie mentale et donc sa prise en charge. Une conception dualiste où l'âme et le corps sont totalement séparés et relèvent de spécialistes différents, prêtres et philosophes pour l'âme et médecins pour le corps. La part mystique tient une place importante dans l'origine de la maladie mentale. Et une conception moniste de l'articulation âme / corps, où ceux-ci forment un tout unique, et dans laquelle, il ne peut y avoir de santé de l'âme sans santé du corps et réciproquement. Là, médecine et philosophie sont liées et le médecin philosophe peut agir par des traitements moraux sur des maladies physiques, et par des traitements physiques sur des maladies de l'âme. La médecine a évolué en fonction de la prédominance de l'une ou de l'autre conception au cours des âges, avec prédominance du « dualisme » de l'Antiquité au XVIIIème siècle et prédominance du « monisme » depuis.

Historiquement, on retrouve un usage de l'isolement et de la contention mécanique, comme moyen de maîtrise des malades mentaux agités et violents, dès l'Antiquité.

1 - ANTIQUITE

Dans les sociétés antiques, la conception mystique de l'origine de la maladie mentale apparaissait omniprésente. Il est important de noter qu'il n'y a pas eu de psychiatrie antique mais il y eut, « en Grèce et à Rome, des fous qui souffrirent ; des médecins qui cherchèrent à les guérir ou à les soulager, des juristes qui s'efforcèrent de les protéger et de limiter leur actions, des philosophes qui tentèrent de dégager l'essence de la folie, des dramaturges qui firent de la folie du héros le sujet de leurs tragédies » (Postel et al, 1994).

Dès l'Antiquité, des écrits font allusion à la nécessité d'exercer un contrôle physique sur les personnes agitées. La contention apparaît au II^{ème} siècle après J-C, avec Soranos d'Ephèse, médecin grec, chef de file de l'école méthodique, et Celse, médecin romain.

Soranos d'Éphèse s'opposait à Celse qui estimait qu'un traitement brutal avait pour effet de faire sortir, par la peur, le malade de sa maladie. Dans ce but, Celse enchaînait ses malades, les affamait, les isolait dans une obscurité complète et leur administrait des purgatifs. Soranos, lui, recommandait de parler avec le malade de ses occupations ou de tout autre sujet susceptible de l'intéresser. Cet antagonisme entre Soranos et Celse, « entre contrainte et douceur », « entre soin et contention », a perduré d'une façon ou d'une autre à travers les siècles. Si Soranos considérait la contention comme « un mal nécessaire », Celse estimait, lui, que la contrainte était thérapeutique. Il ne s'agissait pas simplement d'une divergence d'ordre thérapeutique, mais de deux conceptions du malade mental. Le malade apparaissait chez Celse comme totalement envahi par sa maladie, au point que seul un traumatisme très violent pouvait l'en sortir. Bien que malade, l'individu, pour Soranos, n'en restait pas moins un sujet, sa capacité à converser sur des questions qui l'intéressaient montrait qu'il n'était pas totalement envahi par la folie (Friard, 2002).

C'est au V^{ème} siècle que Caelius Aurelianus, élève de Soranos, restreint ses indications aux traitements des états d'agitation extrême. Dans le traitement de la manie, il utilisait l'isolement dans un premier temps. « Et pour commencer, il convient que le patient soit couché dans une pièce qui ne soit ni trop éclairée, ni trop chauffée, qui ne soit troublée par aucun bruit, ni décorée d'aucune peinture ; qui ne soit pas éclairée par des fenêtres bas placées, située au rez-de-chaussée plutôt que dans les étages. En effet, ceux qui souffrent de manie, souvent se jettent par la fenêtre. Il faut également fixer solidement le lit, mais ne pas le tourner en direction de la porte, pour éviter que les malades ne voient ceux qui entrent et qu'exaspérés par la vue de visages divers, ils n'aillent aggraver les sottises de leur folie. » Les visites étaient limitées, une écoute bienveillante était préconisée. Et si l'agitation était trop importante, la contention était utilisée « si les malades sont agités en voyant des gens, il faudra faire usage de liens, mais sans leur faire mal, en protégeant leurs membres par des flocons de laine... » (Caelius, 1950). Quand le patient allait mieux, des lectures lui étaient proposées, puis des pièces comiques s'il était triste, ou offrant tristesse et crainte s'il était atteint de gaieté puérile. Faire réfléchir et parler le patient en individuel puis en public était l'étape ultérieure.

⇒ L'usage de la contention mécanique apparaît donc au II^{ème} siècle après J-C.

2 - MOYEN-AGE

Au Moyen Age, la folie devient une manifestation du péché, une punition divine, quand elle n'est pas le signe d'une possession démoniaque que l'on traite par un recours aux prêtres pour exorciser, et aux pèlerinages pour se purifier.

Si le malade mental est le plus souvent « soigné » à domicile, il est en général nécessaire d'attacher le fou furieux. Le recours aux moyens de contention semble alors traduire la solitude des proches qui veillent à protéger le fou de lui-même, tout en préservant la sécurité de chacun. Les moyens de contention permettent alors, non pas d'isoler, mais de maintenir le fou dans sa famille ou dans la communauté (Geleitei, 2006). La plupart du temps, les Hôtels-Dieu refusaient d'accueillir les malades dangereux ou perturbateurs. Quant aux prisons, on pensait avec raison qu'elles n'étaient pas faites pour accueillir des fous irresponsables, et leur faible nombre et leur état souvent précaire interdisait tout isolement (Morel et al, 1985). C'est ainsi que le fou errant, sans communauté, sans famille était le plus souvent isolé, à la lisière des villes, dans les « tours aux fous ». Le pèlerinage thérapeutique pour fous était une pratique courante. « Les fous agités et les possédés arrivent au sanctuaire solidement attachés et bien gardés. Ils étaient parfois enfermés dans des cellules grillagées, dans les caveaux ou la crypte. Et plusieurs rites étaient pratiqués pour permettre au malade de rompre avec sa folie et renaître » (Geleitei, 2006).

⇒ Dans de nombreuses villes d'Europe, on a pris l'habitude, à partir du Moyen-âge, de maintenir le fou dans sa famille, dans sa communauté, à l'aide des moyens de contention. Les insensés sans communauté, étaient enfermés dans des tours de rempart voire dans quelques souterrains, offrant des conditions suffisantes d'isolement et de sureté, à défaut d'une hygiène et d'un confort, préoccupations non dominantes de l'époque (Morel et al, 1985).

3 - RENAISSANCE

A l'âge classique, au début du XVIIème siècle commencera ce que Michel Foucault nommera « Le grand renfermement ». « Une date, écrit-il peut servir de repère : 1656, date du décret de la fondation de l'hôpital général ». De sa fonction d'enfermement, Michel Foucault

se fera le théoricien : « en effet ce n'est point une structure médicale ayant mission de soins, mais une structure juridique administrative ayant mission de maintenir l'ordre monarchique, perturbé par la multiplication des mendiants et des insensés » (Foucault, 1976). Un mouvement de construction de plusieurs hôpitaux généraux s'est donc étendu dans tout le royaume suite à cet Edit royal du 27 avril 1656, prononcé sous Louis XIV, qui a interdit l'oisiveté et la mendicité considérées comme source de tous les désordres. L'hôpital général avait ainsi pour vocation d'accueillir tous les errants, notamment les malades mentaux. Chaque ville aura son hôpital général où seront placés sans leur assentiment et sans jugement ceux qui choquent l'ordre public.

Le XVIIème siècle est, en effet, siècle marqué par une crise économique. Les misères physiques et psychiques se multiplient. La seule solution qui apparut alors, a été celle de l'enfermement, car elle conjoint à la fois des impératifs de sécurité publique et de respect des règles morales. Le pauvre et le fou ne sont donc plus ces étrangers à l'homme par lesquels Dieu se manifeste, ils sont devenus des représentations de la force du Mal. Dès lors, le bien implique de les enfermer en leur assurant leur subsistance, et de les faire travailler pour tenter de les réadapter, et de les sauver...

⇒ Isolement et contention seront alors utilisés non plus pour maintenir à domicile, mais pour assigner une place, pour emprisonner, pour exclure.

4 - XVIIIEME ET XIXEME SIECLE

A cette période, **l'isolement évolue vers une démarche thérapeutique**. A la fois en rupture et en continuité avec l'enfermement, l'isolement thérapeutique à l'asile apparaîtra comme la grande découverte de la fin du XVIIIème siècle. Il émergera après l'ère napoléonienne en une époque où grondent les révoltes et, où fleurissent de nouvelles idées et conceptions dans les domaines de la science, de l'art et surtout du champ social. Dans le champ psychique des relations humaines, c'est la naissance de la psychiatrie comme « médecine de l'esprit ». La possibilité d'entrer en relation avec le fou qui était jusque-là un insensé et un incurable à enfermer hors de la société des hommes, devient origine d'une nouvelle thérapeutique. L'isolement permet au médecin d'entendre du fou son aliénation à

lui-même et à autrui. L'incurable, insensé à enfermer, devenait en ce mouvement un aliéné curable à isoler.

Pierre Pigray a soutenu en 1609 l'idée que la persuasion par de douces paroles profitait plus que les remèdes dans les maladies comme la folie (Morel et al, 1985). Baglivi quelques années plus tard et Tissot au XVIIIème siècle allaient dans le même sens.

C'est ainsi que va apparaître le mouvement philanthropique en France au début du règne de Louis XVI. En 1785, l'instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles est rédigée. Ceci a placé officiellement la folie à l'ordre du jour du mouvement philanthropique.

Le changement de régime initié lors de la Révolution Française s'accompagne de l'abrogation générale des règlements et lois régissant la séquestration des aliénés d'esprit. La première mesure législative est l'abolition des lettres de cachet. Un Comité des lettres de cachet, créé au sein de l'Assemblée Nationale par décret du 23 décembre 1789, fut chargé d'inspecter les maisons de force et de détention. Un premier décret en janvier 1790 enjoignit à toutes les personnes chargées de la garde de prisonniers détenus par lettre de cachet d'envoyer à l'Assemblée Nationale un état certifié des différents prisonniers. Puis fut promulgué le décret du 16 mars ordonnant la mise en liberté des personnes détenues « par lettres de cachet ou par ordres du pouvoir exécutif ». Il y a toutefois à ce principe de mise en liberté une exception ; celle qui concerne les personnes détenues sur ordre du roi pour cause de démence : l'article 9 de la loi prévoit leur examen par des médecins, dont l'avis déterminera leur devenir :

- soit leur libération si elles ne sont pas ou ne sont plus aliénées,
- soit, dans le cas contraire, leur admission dans un hôpital où elles seront soignées (Caire, 2015).

a) Les Aliénistes

PINEL

Après la Révolution Française, le docteur Philippe Pinel (1^{er} médecine aliéniste), a bouleversé le regard sur les fous (ou « aliénés ») en affirmant qu'ils pouvaient être compris et soignés. Il publie en 1801 le *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, dans lequel il met en place **les bases du traitement moral**. Cette méthode repose sur l'humanisation des soins. Le traitement moral s'appuyait en premier lieu sur l'attitude du médecin face au malade, qui est faite d'une parole douce et rassurante qui lui donne espoir tout en compatissant à sa souffrance.

Cette rupture théorique a fait cesser définitivement la considération du fou comme inhumain. Le désenchainement des aliénés est souvent attribué à Pinel, mais en réalité c'est son infirmier chef Jean Baptiste Pussin qui l'initia. Cette nouvelle manière de traiter les aliénés nécessitait un isolement propice qui devait être l'antithèse de l'exclusion. Pour les plus riches, il pouvait se faire en chambre, pour le plus grand nombre, le lieu de soin était désormais l'asile qui allait être conçu en tant qu'instrument propre à guérir la folie.

Par contre si Pinel libère les aliénés de leurs chaînes, il n'en supprime pas pour autant l'isolement et la contention. Il estime que pour obtenir la guérison, il est indispensable de soumettre l'aliéné à une hygiène spéciale, et cette hygiène c'est l'isolement. Il pressent que l'isolement est un puissant moyen de guérison de la folie (Morel et al, 1985).

ESQUIROL

Etienne Esquirol, élève de Pinel et autre grande figure du mouvement aliéniste, approfondit cette question de l'isolement. C'est lui qui fut le théoricien au début du XIX^{ème} siècle, en 1832, de cet isolement thérapeutique. Avec lui, réapparaît le fil interrompu du Moyen Age où l'isolement était constitutif d'un silence intérieur, condition de la découverte d'une dimension nouvelle de l'Homme, celle du sacré, où l'Homme se fait surprendre par Dieu : ce qui était jusqu'alors voie mystique devient premier concept thérapeutique. Il

permettait d'utiliser la séparation d'avec le milieu environnant, comme une soustraction à des interactions pathogènes dont le sujet ne pouvait se sortir qu'en s'aliénant dans le délire.

« L'isolement, écrit Esquirol en 1838, agit directement sur le cerveau et force cet organe au repos, en soustrayant l'aliéné aux impressions irritantes, en réprimant la vivacité et la mobilité des impressions, en modérant l'exaltation des idées et des affections » (Esquirol, 1838).

Il écrit également « L'isolement, la séquestration, ou le confinement de l'aliéné, consiste à le soustraire à toutes ses habitudes en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis et de ses serviteurs, en l'entourant d'étrangers, en changeant toute sa manière de vivre. L'isolement a pour but de modifier la direction de l'intelligence et des affections des aliénés c'est le moyen le plus énergique et ordinairement le plus utile pour combattre les maladies mentales. [...] L'isolement est une vérité pratique, dont la nécessité et l'utilité sont mieux senties surtout si l'on est persuadé que l'aliéné n'est privé ni de sensibilité, ni d'intelligence. [...] J'ai vu des aliénés, et particulièrement des mono-maniaques, dont l'impatience et le délire s'exaspéraient par l'exagération des soins de leurs parents, « Ah ! Ma mère, que vous me tourmentez, jamais je ne guérirai près de vous » répétait souvent un sujet impatienté par les questions perpétuelles de sa mère qui, à chaque instant demandait à son fils des nouvelles de sa santé, et l'incitait à être docile au régime et au traitement qui lui étaient prescrits. »

Cet isolement n'est pas du tout présenté comme une mesure coercitive, il ne s'agit pas de contraindre ou de punir, mais d'une pratique directement à visée thérapeutique, car voilà un moyen de mettre à l'abri l'aliéné de tous les soucis de l'extérieur, et surtout l'importunité de ceux qui viendraient le lui rappeler.

⇒ Pinel comme Esquirol mettent l'accent sur l'importance de la durée de la convalescence et sur la nécessité, pendant celle-ci, alors que l'aliéné est en train de sortir de son aliénation, de le mettre à l'abri de sollicitations importunes, qui risquent de le faire rechuter, d'où le danger des sorties prématurées. Ceci est tout à fait en rapport avec l'un des esprits du traitement moral, qui est d'abord du domaine de la relation interindividuelle soignant/soigné, mais qui consiste aussi à mettre l'aliéné dans

un monde parfaitement « raisonnable ». Cet isolement, lui permet « d'être dans un monde totalement rationnel, alors que le monde extérieur n'est pas rationnel du tout, et que les visites importunes risqueraient de lui ramener de l'irrationnel venant du monde extérieur. » (Lantéri-Laura, 1996)

L'isolement selon Esquirol peut prendre différentes formes. La plus fréquente consiste à placer et à isoler l'aliéné dans une maison close consacrée au traitement des maladies mentales (asile public ou privé), les patients les plus agités seront placés dans des cellules. Il peut aussi être isolé de manière partielle en le laissant dans son habitat mais en écartant sa famille, ses amis et ses serviteurs. L'isolement peut être fait dans une maison étrangère où l'aliéné est servi par des personnes qu'il ne connaît pas (Esquirol, 1838).

Esquirol s'est également intéressé à l'aspect éthique et législatif de l'isolement, en faisant voter la loi de 1838 obligeant chaque département à se doter d'un hôpital spécialisé : **fameuse loi du 30 juin 1838, qui a régi jusqu'en 1990 l'hospitalisation et l'internement des malades mentaux en France. C'est la 1^{ère} loi d'assistance et de sureté générale et spécifique.**

Cette conception d'Esquirol peut encore être considérée comme une théorisation de l'hospitalisation psychiatrique, et ce d'autant plus qu'il en perçut les limites. Ces limites, il les a énoncées comme un renversement par le contraire, en ce point où l'isolement thérapeutique devient enfermement asilaire, « mettant, écrit-il, les malades dans l'ennui et le désespoir et les plongeant faute de stimulations dans une démence asilaire.» Ainsi, l'isolement thérapeutique dont les effets de rupture avec le milieu familial, et de rencontre avec un milieu étranger, sont promoteurs de sortie de l'enfermement délirant, peut-il s'invalider en un enfermement pathologique ? Esquirol s'il perçoit ce renversement ne vas pas jusqu'à élaborer ce qui fait « pencher la balance dans un sens ou un autre ».

Albert Londres en dénoncera en 1925 les dérives : « La loi de 38 n'a pas pour base l'idée de soigner et de guérir des hommes atteints d'une maladie mentale, mais la crainte que ces hommes inspirent à la société. C'est une « loi de débarras » » (Londres, 1925).

⇒ L'isolement thérapeutique à l'asile apparaît comme la grande découverte de la fin du XVIIIème.

Ainsi passe-t-on de l'asile ancien, aux portes duquel s'arrêtait tout traitement, à l'asile nouveau qui va au contraire permettre la mise en place de traitements.

b) En Angleterre

En 1813, inspiré par Pinel, Samuel Tuke fonde le York Retreat et jette les bases du traitement moral. Il élabore un code de déontologie qui bannit les contentions à moins d'agitation extrême (et qui stipule qu'il ne doit pas y avoir plus de deux patients sous contention dans une même unité). L'isolement est utilisé comme moyen alternatif par lequel le malade doit devenir responsable de lui-même. Robert Gardiner Hill va plus loin et abolit la contention à l'asile de Lincoln, John Connolly fait de même à Hanwell en 1839 et donne l'exemple de la suppression totale des moyens de contention : camisole, fauteuils de force et attaches diverses. Connolly, père du « no-restraint », démontre ainsi l'efficacité d'un traitement sans contentions. Ses idées gagnent le continent et influencent les pratiques.

5 - FIN DU XIXÈME SIÈCLE

En 1896, Evariste Marandon de Montyel, médecin chef à Ville Evrard, attaque le principe de l'isolement, et prône sa modification vers une utilisation moindre de la contrainte et plus de la liberté accordée au malade au sein de l'hôpital, dont il préconise la destruction des murs. Il défend comme le fera plus tard Edouard Toulouse l'ouverture des hôpitaux et parle « d'asile village » (Brian, 1988).

En 1897, Edouard Toulouse écrit : « l'expérience faite pendant un grand nombre d'années a démontré que le séjour permanent dans une cellule, loin d'être efficace pour amener l'apaisement de l'agitation chez l'aliéné, a, au contraire, pour effet d'augmenter et d'entretenir l'agitation » (Toulouse, 1897). Cela se concrétisera et prendra forme en 1921 avec la création des services ouverts, dont Edouard Toulouse sera l'un des principaux organisateurs. Mais les cellules n'en sont pas pour autant supprimées (Geleitei, 2006).

Le XXème siècle fut marqué par l'abandon du nom d'Asile et de l'isolement thérapeutique qui lui était lié, et de **l'arrivée de plusieurs révolutions thérapeutiques** :

- L'avènement de la psychanalyse au début du XXème siècle. Celle-ci va imprégner durablement le monde psychiatrique, et son vocabulaire va modifier la vision des malades mentaux. Elle va transformer la médecine des symptômes, en médecine de la relation, avec l'avènement de la psychothérapie et l'accès à celle-ci par des intervenants non médicaux, les psychologues. Aucune utilisation de la contrainte dans ce contexte.
 - La révolution pharmacologique dotant le psychiatre de médicaments efficaces (chlorpromazine 1952) contre l'expression symptomatique violente, délirante, autistique. Elle bouleversa l'atmosphère carcérale qui régnait dans l'asile et permit de faire évoluer la prise en charge des malades mentaux.
 - La naissance de la psychothérapie institutionnelle, étendant la notion de relation psychothérapique à tous les soignants. Elle bouleversa ce qui pouvait apparaître comme le « pouvoir du savoir absolu de médecin. »
 - Enfin le secteur fut créé : la séparation du milieu environnant et la thérapie du milieu hospitalier devenant thérapie dans le milieu environnant, voire du milieu environnant.
- ⇒ Le propre de ces révolutions fut de libérer et d'ouvrir sur l'extérieur une psychiatrie jusque-là enfermée sur elle-même et à usage d'enfermement (Dufour, 1996). Cependant aucune de ces révolutions ne permettront d'abolir la contention et l'isolement à tel point qu'il apparaît aujourd'hui impossible de se passer de ces techniques dans les situations de grande violence et d'agitation du patient.

Au cours des années 70 apparaissent les courants d'antipsychiatrie qui fustigent les méthodes d'isolement et de contention (Laing, Cooper pour le courant anglais, Basaglia pour le courant italien).

En décembre 2008, Nicolas Sarkozy, président de la République, a prononcé un discours devenu célèbre dans le champ psychiatrique. Lors d'une visite à l'hôpital d'Antony, il a annoncé un plan pour la psychiatrie. Il prévoyait pour la sécurisation des hôpitaux psychiatriques une enveloppe de 30 millions d'euros, « afin de financer la construction de 200 chambres d'isolement et l'ouverture d'unités fermées pour chaque établissement qui le nécessite. Ces unités seront équipées de portes et de systèmes de vidéosurveillance pour que les allées et venues y soient contrôlées » (Sarkozy, 2008).

Un an après, un article de Libération en novembre 2009, a dénoncé le retour à l'enfermement par l'utilisation de plus en plus importante des chambres d'isolements dans les hôpitaux psychiatriques. « L'enfermement revient en force dans les hôpitaux psychiatriques. Jamais depuis vingt ans ne se sont autant multipliées les chambres d'isolement et les mesures de contention (immobilisation) pour les malades mentaux. Hier rarissimes, ces chambres fermées existent aujourd'hui dans tous les services. » (Favereau, 2009)

Ces deux discours signent une évidence : l'existence de ces pratiques s'est progressivement installée sur la scène sociale. Néanmoins, ceci est récent au regard de l'histoire de la psychiatrie et de ses pratiques. Ainsi, dans la sphère publique, lorsque l'on évoque la psychiatrie et la santé mentale, trois thèmes apparaissent de manière récurrente :

- En premier lieu, le thème le plus ancien, celui des faits divers dramatiques, défrayant la chronique depuis l'origine de la psychiatrie avec la figure du « fou dangereux ». Ces faits divers entraînent souvent des propositions de nouvelles lois de la part des responsables politiques. Le discours de Nicolas Sarkozy rentre dans ce mouvement car il fait suite à l'homicide d'un étudiant à Grenoble par un patient en « fugue » de l'hôpital de Saint-Égrève.
- Le deuxième thème des discours, associés à la psychiatrie, est caractérisé par une « crise institutionnelle » récurrente. Le manque de moyens de la psychiatrie pour les structures hospitalières, tant sur le plan humain que matériel, est couramment rappelé, ainsi que l'inégale répartition géographique des psychiatres, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers.

- Le dernier thème reliant le champ psychiatrique à la scène sociale, est celui de l'image d'une psychiatrie oppressive, décriée pour ses pratiques répressives et ses internements. Ainsi, nous avons régulièrement, en contrepoint des faits divers mettant en scène des malades qualifiés de « dangereux », ayant échappé au dispositif psychiatrique, des articles de dénonciation du « pouvoir psychiatrique » et de la toute-puissance médicale. C'est ici que nous pouvons classer l'article de Libération dénonçant un retour à l'enfermement par l'utilisation des chambres d'isolement et de la contention. Pourtant, à ce jour, aucune enquête, quantitative ou qualitative, n'appuie le constat du journaliste, ou bien explore ces pratiques concrètement.

- ⇒ Cette première partie a donc retracé l'histoire de l'isolement et la contention, mais quels moyens étaient utilisés pour « contenir » les patients ?

II - CONTENTIONS, CAMISOLE...

La contention des insensés par fers et par chaînes avait polarisé l'indignation des philanthropes à partir des années 1770, au point d'en faire le premier argument de leur dénonciation des « horribles cachots ».

1 - LA CAMISOLE

A défaut de chaînes, est venue la camisole... Cullen, au XVIIIème siècle déjà, propose une chemise étroite qui puisse laisser les malades aller et venir à leur gré. Chiarurgi, le père de la psychiatrie italienne, fait paraître en annexe de son traité, une planche, où figure ce qu'on peut considérer comme le prototype de la camisole de force. L'usage de la camisole, appelée parfois gilet de force, s'est généralisée au milieu du XIXème siècle, non seulement dans les asiles mais aussi dans les hôpitaux. En toile très forte, elle se compose d'une chemise ouverte en arrière s'entrecroisant par devant dans une solide anse de tissu et s'attachant dans le dos. Les bras sont ainsi immobilisés, mais non les jambes. Toutefois un lien fixé par un anneau au niveau du cou permet d'attacher la camisole au lit par exemple.

Quand l'utilise-t-on ? « Toutes les fois qu'un malade en délire est dans un état qui laisse craindre des actes dangereux, soit pour lui-même, soit pour les autres. ». Répond Magnan. Pourtant son usage n'est pas dépourvu d'inconvénients : excoriations des régions cutanées subissant le frottement du tissu rigide, gêne des mouvements respiratoires pouvant aller jusqu'à l'asphyxie lorsque la camisole se complète d'une fixation au lit, traumatismes orthopédiques... (Morel et al, 1985)

2 - LES DERIVES DE LA CAMISOLE

Si la camisole est le moyen de contention le plus connu et le plus répandu, il en existe de nombreux autres à commencer par les dérivés de la camisole elle-même : le manchon de force et le maillot... Le premier est une mini camisole ne supprimant que l'usage des mains ; le second est une « amélioration » de la camisole formant un vêtement entier et complexe, recouvrant toute la surface du corps et obéissant même à un curieux souci d'esthétique

puisque « l'on ajoute une jupe au maillot des femmes afin d'éviter ce qu'un tel appareil pourrait avoir de bizarre chez elle ». Il y a aussi le fauteuil de force : un lourd fauteuil où sont fixés par des entraves la poitrine, les bras et les chevilles de l'aliéné, tandis qu'afin d'éviter toute stimulation extérieure, la tête est emprisonnée dans une boîte. Ce système est mal vu des aliénistes eux même, dans la moitié du XIXème siècle.

Hors ces moyens de contention qui, il faut le souligner, ne sont employés que pour un très faible pourcentage d'aliénés à la fois, le XIXème siècle a parfois utilisé d'autres systèmes, qui méritent d'être signalés. C'est par exemple un grand panier d'osier qui a été en usage à Charenton : « si les mouvements continuels auxquels ils se livrent dans ce cas (celui de la contention classique) les exposent à se blesser, on les renferme dans une sorte de boîte, faite en osier, un peu plus longue que le corps, ayant deux ouvertures sur les parties latérales pour attacher les bras, et munie d'un couvercle, dont une des extrémités est fortement échancrée pour laisser passer la tête. » Ce panier n'eut pas les suffrages d'Esquirol qui les supprima lorsqu'il devint médecin-chef de Charenton en 1825.

Autre moyen de contention, l'armoire horloge : « c'est une armoire, de longueur d'homme, à peu près dans le genre des châssis qui servent de support à certaines horloge. On y place l'aliéné debout ; l'armoire se ferme en avant, par un petit panneau ; on ne voit de l'aliéné que la tête qui se trouve libre en haut dans l'endroit où les boîtes à horloge portent leur cadran » (Morel et al, 1985). On pourrait multiplier les exemples de ces systèmes de contentions.

3 - LA « SEQUESTRATION » EN CELLULE

La séquestration en cellule de nuit, et surtout de jour, est tantôt un moyen de contention complémentaire, tantôt un moyen de remplacement. « La rétention dans la chambre est le moyen le plus simple, on enferme tout simplement le malade dans une chambre ordinaire ; ou bien on le prive en même temps de toute lumière du jour. » (Guislain, 1826). Cependant cette méthode n'est préconisée par l'auteur que dans la manie. Il la déconseille à l'inverse dans l'aliénation mentale avec tristesse. Souvent il est considéré que ce type de contention est finalement le plus sévère. « Nous aimons beaucoup mieux laisser un aliéné agité se promener dans un préau avec la camisole, ou les manchettes que de l'enfermer

dans une cellule, fut-elle matelassée », déclarent les inspecteurs du service des aliénés en 1874. Ces cellules ou cabanons, dont certains ont les murs matelassés, forment dans l'asile de véritables quartiers aux architectures parfois « tarabiscotées. »

De la contention à la punition il n'y a qu'un pas que franchissent les inspecteurs du service des aliénés : « Est-il légitime, est-il rationnel ensuite de punir un aliéné ? Assurément ce serait déraisonnable, et pour le moins inhumain d'infliger un châtement sévère aux aliénés pour les actes qu'ils commettent. Mais la plupart, dans la majorité des cas, savent parfaitement quand ils font mal, et il n'y aurait ni traitement moral, ni discipline possible, si on ne leur faisait sentir... » Ainsi l'isolement thérapeutique peut-il devenir un isolement de punition. « Un malade s'agite, devient furieux, insulte le médecin, ou s'élançe sur ses compagnons, les gardiens se rendent maîtres de lui en lui jetant sur la tête un drap qui lui ferme la vue : par cette seule opération il est déjà à moitié vaincu : puis on le conduit dans une salle obscure, mais parfaitement saine, et dans laquelle il n'y a que les quatre murs et un peu de paille : tel est l'isolement de punition ; il ne doit durer que quelques heures et inspirer à l'aliéné le sentiment de son impuissance et de sa faute..» L'auteur ajoute qu'en tout état de cause la séquestration en cellule ne doit pas se prolonger « si l'on veut en retirer de salutaires effets » et qu'au moindre signe de repentir, on doit rendre au malade sa liberté (Morel et al, 1985).

⇒ Voici donc un aperçu des différents moyens de contention utilisés au cours de l'histoire. Malgré les nombreuses descriptions de la pratique de la contention et de l'isolement dans la littérature en psychiatrie, quelles sont leurs définitions actuelles ?

III - DEFINITIONS

1 - ISOLEMENT ET CHAMBRE D'ISOLEMENT

Le mot *isolement* vient de l'italien *isolato*, c'est un terme d'architecture qui signifie *séparé comme une île* ; il décrit un groupe de bâtiments séparés, un pâté de maison. Selon la définition du « Littré », isoler c'est *rendre comme une île, séparer de tous côtés* ; au sens figuré c'est *ôter à quelqu'un ses relations*. Le mot *isolement* cache en fait deux niveaux de séparations différentes.

- La première forme d'isolement correspond à la volonté sociale de mettre à part, dans un lieu séparé, le malade mental. Cette volonté sociale, manifestée par la loi du 30 juin 1838, est également celle des médecins tels que Pinel et Esquirol, qui énonçaient qu'il était nécessaire d'ôter toutes ses relations sociales et affectives à l'aliéné.
- La seconde forme de séparation, que nous pourrions nommer *isolement cellulaire*, consiste en un enfermement simple de l'aliéné agité et violent, dans une chambre close. Cet isolement ne répond pas directement à une demande sociale. Il est un mode de gestion des problèmes disciplinaires et ou thérapeutiques à l'intérieur de l'asile.

La chambre d'isolement est la forme *moderne* de l'isolement cellulaire. Le mot cellule vient du terme latin *cellula*, signifiant petite chambre, et dérivé de *cella*, désignant un local fermé. C'est une petite chambre isolée où l'on est seul. Esquirol a proposé de substituer aux mots *cachots*, *geôle* celui de *cellule* qui lui semblait plus chaleureux, moins marqué péjorativement. Actuellement, le mot ne décrit plus l'aspect protecteur qu'Esquirol souhaitait y mettre. Le mot *chambre*, plus ancien, vient du grec *kamara* (chambre voutée, toit) devenu *camera* en latin. Il commence par décrire une pièce quelconque d'habitation, puis la pièce où l'on couche (Friard, 2002). Dans la littérature, **tout placement - involontaire ou volontaire – d'un patient en chambre fermée est défini comme étant un isolement.**

Selon Mason (1992), l'isolement doit être défini à travers cinq dimensions :

- Le lieu d'enfermement : pièce habilitée à contenir l'auto ou hétéro-agressivité du patient, sans danger, pouvant être fermée à clef, offrant la possibilité d'une surveillance de l'état du patient (lucarne, ou, plus récemment, dispositif de vidéosurveillance), si possible séparée du service par un sas préservant l'intimité ;
- La rupture sociale : isolement complet ou maintien de temps de sortie (avec reprise de contact avec les autres patients, voire avec les proches) ;
- La contrainte : nécessité ou non, d'associer à l'isolement la contention ;
- L'intensité du potentiel auto ou hétéro-agressif du patient : régulièrement réévaluée par l'équipe et le médecin. Elle justifie la prescription et sa diminution entraîne la levée de l'isolement ;
- Le motif : passage à l'acte ou perception d'une menace (exprimée ou non) de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif par l'équipe (Mason, 1992).

Un certain nombre de médecins, de directeurs d'hôpitaux, de cadres infirmiers, peu satisfaits des procédures de mises en chambre d'isolement ont effectué, sous l'égide de l'ANDEM, « ancêtre » de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), un audit clinique sur ce thème. Parmi ceux-ci, le docteur Jean Pierre Vignat, médecin-chef à l'hôpital Saint Jean de Dieu (Lyon) a élaboré en 1995 un certain nombre de règles, de conduites à tenir, pour la mise en chambre d'isolement.

- L'isolement est une mesure thérapeutique relevant de la compétence et de la responsabilité médicale ;
- L'isolement représente la définition et la mise en place d'un cadre thérapeutique, dans lequel le rôle et l'attitude des soignants et des médecins, les procédures de surveillance et de soins, ont plus d'importance que le cadre matériel lui-même ;
- L'isolement a un effet protecteur. L'effet contenant réduit la dispersion des contenus psychiques et le morcellement paranoïde ;
- La baisse des stimulations liées à l'environnement, l'interposition des soignants assure la fonction de pare-excitation ;
- A l'inverse, le séjour en chambre d'isolement en tant qu'expérience d'isolement sensoriel, peut entraîner une intensification massive de l'anxiété et de la manifestation de phénomènes de morcellement ou de phénomènes de sidération ;

- Le terme isolement se rapporte à la situation du patient vis à vis des autres patients hospitalisés mais d'aucune façon et en aucun cas vis-à-vis de l'équipe soignante ;
- Toute mise en chambre d'isolement doit s'accompagner d'une chimiothérapie qui permette de réduire l'état d'excitation et d'angoisse qui ont motivé la mesure ;
- L'information du patient doit être claire et précise, quels que soient son état clinique et son statut administratif du point de vue de l'hospitalisation
- Le patient et ses proches ne peuvent intégrer qu'il s'agit d'une mesure thérapeutique que si le personnel chargé de la mise en œuvre en est lui-même convaincu. Et donc, à peu près clair quant à ses contre attitudes vis-à-vis du patient, et son attitude vis-à-vis de l'isolement (Vignat, 1995).

Enfin, en 1998, dans l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en Psychiatrie, dirigé par l'ANAES, on peut lire pour la première fois dans un texte officiel une définition de l'isolement. Reprenant la Circulaire Veil qui énonce que « des patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clef, ni a fortiori dans des chambres verrouillées », l'ANAES conclue que « tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée, est séparé de l'équipe de soins et des autres patients, et se trouve de ce fait en isolement ; cet isolement ne peut être qu'à but thérapeutique conformément à la mission de soin des établissements de santé » (ANAES, 1998).

On trouve dans cet audit clinique des critères de qualité de l'utilisation de cette mesure :

- L'acceptabilité : respect du patient, de son confort, information délivrée au patient et à son entourage ;
- L'accessibilité aux professionnels, à l'information et la disponibilité d'une chambre d'isolement ;
- Le caractère approprié : conformité aux indications et contre-indications thérapeutiques, à la modalité d'hospitalisation et surveillance adaptée aux risques à gérer ;
- La continuité des soins et de la surveillance ;
- La levée d'isolement dès disparition de l'indication ;
- La sécurité des patients : gestion des risques physiques et psychiques liés au patient, à sa maladie et à la mise en œuvre de l'isolement ;

- La sécurité des soignants (ANAES 1998).

2 - CONTENTION

Le clinicien ayant de l'expérience dans le domaine de la psychiatrie reconnaît facilement que les contentions font partie de la définition même de la prise en charge thérapeutique des malades, dans la mesure où ces procédures ont des indications et des contre-indications. Avant d'aborder cette problématique du point de vue du praticien, Jérôme Palazzolo (médecin psychiatre), insiste sur la nécessité de distinguer les contentions « qui vont de soi » de celles « qui ne vont pas de soi » car elles correspondent à des situations bien différentes.

a - Les contentions « qui vont de soi »

Individuelles ou institutionnelles, elles expriment un souci de protection, de holding (tel qu'il a été défini par Winnicott en 1986), d'attention bienveillante préventive, d'empathie et d'identification. Dans ce cas la fonction de nursing se retrouve dans la tâche du soignant. Ce type de contention est le plus fréquemment rencontré, et relève de la responsabilité individuelle, médicale ou éducative. Elles font d'emblée l'unanimité, se discutent aisément au sein d'une équipe ou d'une institution ; ces mesures pouvant se définir comme des protections évidentes de l'individu, ne déclenchent en général que peu de réactions négatives ou culpabilisées de la part des soignants. Il s'agit là :

- De la pose de barrières dans un lit.
- Du maintien physique pour une prise de sang.
- D'une prémédication pour un examen dentaire, radiologique...
- De l'attachement d'une main pour éviter l'arrachement d'un pansement ou d'une perfusion.

b - Les contentions « qui ne vont pas de soi »

Elles concernent essentiellement trois formes de contrainte :

- L'attachement qui peut prendre deux formes :

- La contention physique : enserrement d'un patient par un soignant, pour contenir physiquement son agitation motrice et l'apaiser. Méthode souvent pratiquée au Royaume-Uni (« therapeutic holding ») et en pédopsychiatrie.
- La contention mécanique : définie ainsi dans la conférence de consensus de l'ANAES parue en 2002 : « la contention est un soin, réalisé sur prescription médicale, qui consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit ou sur un brancard. Elle ne peut être considérée que comme une mesure d'exception, temporaire, qui ne constitue pas à elle seule une mesure thérapeutique et dont les effets secondaires peuvent être graves. Elle doit toujours être associée à une sédation médicamenteuse ». (ANAES, 2002)
 - o Le cadre hospitalier (contention légale et psychologique) ;
 - o Les traitements injectables (contention chimique) : consistant à la délivrance de traitements sédatifs à un patient, afin de restreindre son excitation psychique ou motrice.

Ce sont elles qui interpellent souvent fortement les soignants, et les familles des patients. Décidées généralement dans l'urgence, ces contentions mobilisent les affects des équipes de soin. Elles ne font pas toujours l'unanimité et se discutent difficilement. Sources d'ambivalence et de culpabilité, elles exercent une privation de liberté plus importante. Ces contentions sont utilisées généralement en dernier recours, après tentative de diverses autres techniques de gestion de la crise (Palazzolo, 2004).

IV - EVOLUTION LEGISLATIVE : DE L'EXCLUSION SOCIALE AUX SOINS

De 1838 à nos jours, la psychiatrie a connue de réels changements permettant une avancée majeure dans la perception du soin.

1 - LA LOI DE 1838

Les apports de cette loi en faveur des aliénés sont multiples :

- Création d'un « établissement public [ou privé], spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés », « placés sous la direction de l'autorité publique ».

Ces établissements seront visités à un rythme régulier par le préfet qui « y [recevra] les réclamations des personnes qui y seront placées ».

- Instauration de deux formes d'hospitalisation sans consentement :
« Le placement volontaire » et « le placement ordonné par l'autorité publique »
- Création de dispositions permettant aux personnes placées de ne pas subir de séquestrations arbitraires.
- Création de dispositions prévoyant la protection des biens et des intérêts des personnes placées via la nomination d'un administrateur provisoire.
- Evolution de la perception de la folie qui devient un état nécessitant des soins (Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés).

2 - LA LOI DU 27 JUIN 1990 DU CODE DE SANTE PUBLIQUE

Cette loi est dite « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ».

- Le « placement volontaire » devient « hospitalisation à la demande d'un tiers ».
- Le « placement ordonné par l'autorité publique » devient « hospitalisation d'office ».
- Cette loi introduit un nouvel outil pour la prise en charge des patients hospitalisés sans consentement : la sortie d'essai (Loi n°90-527 du 27 juin 1990).

Alors que la loi votée en 1990 appelait à être réformée dans les cinq ans, ce n'est qu'en 2011 qu'a été votée la nouvelle loi « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge »

- La notion d'hospitalisation est remplacée par celle de régime de « soins sans consentement », plus large, ouvert aux domaines des prises en charge en ambulatoire.
- Nouvelles définitions des différents modes d'admission en soins psychiatriques : ce n'est donc plus l'hospitalisation qui est imposée mais les soins.
- L'« hospitalisation à la demande d'un tiers » devient « admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers. »
- L'hospitalisation d'office devient, quant à elle, « admission en soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état ».
- Une nouvelle forme de soins sans consentement voit le jour : « l'admission en soins psychiatriques en péril imminent ».
- Il existe différentes formes de soins sans consentement : désormais, un psychiatre souhaitant imposer des soins à un patient peut le faire sous différentes formes. La première est l'hospitalisation complète. Le psychiatre peut également prendre en charge le patient sous une forme alternative. Les soins peuvent alors revêtir toutes les formes connues de soins ambulatoires : hospitalisation partielle (de jour ou de nuit), consultations au centre médico-psychologique, soins au domicile, ateliers thérapeutiques... Pour mettre en place une prise en charge de ce type, le psychiatre doit établir un « programme de soins ». Avec l'apparition de ce nouveau type de prise en charge, le dispositif des sorties d'essai est supprimé (Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011).

⇒ Ainsi on perçoit bien à travers l'évolution des lois, que c'est la perception du soin qui change et qui évolue. On observe que depuis 1838, nous sommes passés d'un placement du patient, à une demande de soins. Il est demandé au patient qu'il se soigne et qu'il soit accompagné dans ce soin. On observe également cette évolution avec la chambre d'isolement, cette disposition thérapeutique est considérée par la communauté médicale comme un soin à part entière, comme en témoigne l'évolution

sémantique (abandon de l'expression chambre d'isolement pour le terme chambre de soins intensifs) opérée dans de nombreux établissements.

V - EPIDEMIOLOGIE

En psychiatrie, le recours à la chambre d'isolement et à la contention reste une pratique répandue tant en France qu'au niveau international.

Différentes études ont été consacrées à la contention physique et à l'isolement en milieu psychiatrique, et publiées dans les journaux scientifiques. Ce sont essentiellement des études épidémiologiques qui relèvent les fréquences des différentes pratiques et l'attitude des personnels soignants à l'égard de ces pratiques. Les données recueillies sont assez hétérogènes, puisque leur origine est en général institutionnelle, provenant d'un ou plusieurs établissements psychiatriques, ce qui pose le problème de leur représentativité à l'échelle du pays.

Seuls certains pays scandinaves (Finlande, Norvège) semblent effectuer des enquêtes nationales exhaustives sur le sujet. Il est enfin à noter que très peu de données sont disponibles en Europe pour les pays « latins », et la littérature ne livre que très peu de données à propos de l'utilisation de l'isolement et de la contention en France.

1 - ETUDES NORD-AMERICAINES

Les premières études nord-américaines ont évalué la fréquence d'utilisation des chambres d'isolement allant de 1,9% (Tardiff, 1981) des patients hospitalisés en psychiatrie à 66% (Wadeson et al, 1976). Il faut noter que dans cette dernière étude, le patient hospitalisé dans l'unité ne recevait aucun traitement médicamenteux.

Toutefois la majorité des études retrouve une prévalence comprise entre 5% et 26%. Toutes ces études sont antérieures aux années 1990. Ce moment coïncide avec la mise sur le marché des antipsychotiques atypiques. Les études plus récentes font état d'une prévalence inférieure à 1% (Pollard et al, 2007).

La synthèse des informations disponibles montre une très grande hétérogénéité des pratiques en Europe. La revue de la littérature, menée par Steinert et ses collaborateurs en 2010, et qui semble être la plus récente, liste toutes les études parues entre 2000 et 2008, incluses à condition que la durée d'étude soit précisée et que l'échantillon de patients soit suffisamment important et représentatif de la population du secteur (exclusion des études effectuées dans des services de gériatrie ou de l'enfant et de l'adolescent, dans les services d'urgence ou soins de long séjour) (Steinert et al, 2010).

a – Pays-Bas et Royaume-Uni

On peut distinguer deux situations opposées, les Pays-Bas d'une part, où le recours à la contention physique et à la chambre d'isolement est fréquent (1,2% et 11,6% des admissions en service psychiatrique) et de très longue durée (moyenne dépassant souvent 10 jours pour les premières et un mois pour les secondes). Ces résultats sont à mettre en lien avec un recours limité aux médicaments non consenties, considérées comme plus invasives. Le Royaume Uni d'autre part où l'ensemble des pratiques de contention ou d'isolement sont plus rares (environ 5% et moins de 0,2% respectivement) et de très courte durée (20mn en moyenne). L'isolement est donc rarement utilisé, la contention mécanique interdite et remplacée par la contention physique. L'utilisation de traitements médicamenteux sédatifs est préférée (Bowers et al, 2007 ; Steinert et al, 2010).

b - Autriche, Allemagne, Suisse, Norvège, Espagne et Islande

L'ensemble des autres pays de la zone européenne ayant fourni des données (Autriche, Allemagne, Suisse, Norvège, Espagne), se situe entre ces deux extrêmes (Steinert et al, 2010). Une exception est constituée par l'Islande, où les pratiques de contention physique et d'isolement sont proscrites et apparemment inexistantes. Cette exception peut être expliquée par un rapport plus élevé de soignant par patient : un soignant pour un patient (Snorrason et al, 2007).

Le fort taux de contention / isolement pour 100 000 habitants retrouvé en Allemagne est faussé par la prise en charge de patients présentant des atteintes neurologiques organiques dans les hôpitaux psychiatriques, ce qui n'est pas le cas dans la majorité des pays.

D'autres biais ont été repérés : la différence des définitions de l'isolement et de la contention (comme au Royaume-Uni où la seule contention admise est la contention physique), l'influence de l'usage des traitements sédatifs (dont l'utilisation n'est pas évoquée dans les études), du nombre de personnes âgées hospitalisées (la contention étant souvent utilisée en Suisse et en Allemagne pour prévenir la chute et la déambulation des patients confus ou déments, la sous-estimation possible des taux d'usage de l'isolement et de la contention obtenus par enquête nationale (en Norvège, Finlande, Espagne et Nouvelle Zélande) (Steinert et al, 2010).

c - En France

En France, peu d'études s'intéressant aux chambres d'isolement et à l'usage de la contention ont été publiées (Baratta et al, 2010). L'étude de Palazzolo et ses collègues en 1999 retrouve une prévalence concernant la mise en chambre d'isolement de 5%, tout comme l'étude de Baratta (2009) dix ans après.

Dans la première étude (Palazzolo et al, 1999), les patients concernés étaient majoritairement de sexe masculin : 2/3 d'hommes pour 1/3 de femmes, âgés de 39ans en moyenne (de 22 à 68 ans).

Le séjour en chambre d'isolement a duré 15 jours en moyenne, avec une amplitude comprise entre 1 et 68 jours. Parmi les comportements ayant motivé la mise en chambre d'isolement, l'agitation psychomotrice est la plus fréquemment retrouvée (28%).

La décision d'une contention (liens de cuirs) a concerné 14% des patients placés en isolement. Dans 31% des cas, cette décision a été prise par l'équipe soignante en raison de l'intensité de l'agitation psychomotrice. La décision de mise sous contention était sous tendue dans tous les cas par un objectif de protection du patient.

Il apparaît que 24% des patients avaient déjà effectué un ou plusieurs séjours en chambre d'isolement.

On observe que les accès maniaques, les psychoses productives et les bouffées délirantes aiguës, ainsi que les conduites suicidaires en rapport avec une mélancolie constituent les pathologies les plus fréquemment associées à une décision d'isolement et/ou de contention.

Dans la majorité des cas les patients gardent le souvenir d'une expérience traumatisante, notamment dans le cas de la contention, en raison de l'état de dépendance complète inhérent à cette mesure (Palazzolo et al, 1999).

L'étude de Barrata concerne l'utilisation des chambres d'isolement au sein de l'établissement public de santé Alsace Nord. Toutes les données sont similaires à ce qui était déjà constaté dans les études précédentes hormis un élément. Il s'agit du mode d'hospitalisation des patients placés en chambre d'isolement. En effet l'étude révélait que la majorité d'entre eux étaient hospitalisés en hospitalisation libre. 15% d'entre eux sont restés en chambre d'isolement 72 heures ou plus, sans qu'aucune mise en conformité du mode d'hospitalisation n'ait été réalisée (Barrata, 2009).

⇒ En conclusion, l'utilisation de la chambre d'isolement en France semble plus élevée que dans les études Nord-Américaine récentes, mais elles restent inférieures aux pratiques dans les autres pays d'Europe. Certains articles font état d'une augmentation du recours à la chambre d'isolement au cours de ces dernières années, mais il n'y a pas de données précises à ce propos. Une vigilance particulière doit être prise concernant les modalités d'hospitalisation, afin que celles-ci soient conformes lors de la prescription de la mise en chambre d'isolement (Baratta et al, 2010). L'utilisation de la chambre d'isolement en France reste donc fréquente (5% des patients hospitalisés), mais aussi très variable en termes de fréquence de recours. La délégation du Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a observé que les pratiques relatives à la mise en chambre d'isolement et la contention mécanique varient considérablement d'un établissement visité à un autre, voire d'un service de psychiatrie générale à un autre (Dumont et al,

2014). On va donc maintenant s'intéresser à l'aspect législatif de ces mesures. Après un rappel des droits des patients et des devoirs de professionnels, on va s'intéresser plus précisément à la législation qui encadre ces pratiques.

VI – LEGISLATION ACTUELLE

1 - DROITS DES PATIENTS

En dehors du cadre hospitalier, isolement et contention représentent une atteinte aux libertés individuelles, définies par l'article 7 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen (26 août 1789): « Nul homme ne peut être accusé, arrêté, ni détenu que dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrites ».

En 1948, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme précise cette notion :

- article 3 : « Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne » (droit de ne pas être incarcéré arbitrairement) ;
- article 9 : « Nul ne peut être arbitrairement arrêté, détenu ou exilé » ;
- article 13 : « Toute personne a le droit de circuler librement [...] à l'intérieur d'un État ».

Avant 1990, aucune loi n'énonçait, en France, les droits du patient hospitalisé. Le cadre législatif de la pratique des soins en Psychiatrie n'était alors défini que par la loi sur les aliénés du 30 juin 1838 (loi dite « Esquirol »), dans laquelle le roi Louis-Philippe impose la création d'un « asile » par département (contrôlé par le préfet ou le ministre de l'intérieur une fois par trimestre) et met en place la notion de placement fermé.

Le 27 juin 1990, cette loi de 1838 est remplacée par le premier texte législatif relatif aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, rédigé sous la présidence de François Mitterrand. Elle édicte :

- article L. 326-2 : « Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause » ;

- article L. 326-3 : « Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement [...], les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Elle doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits [...] » ;
- article L. 326-4 : « Tout protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur ».

Le Code de la Santé Publique, créé en 1953, s'est enrichi de ces articles en 2000. Il prévoit par ailleurs que les articles L. 326-3 et L. 326-4 (ou L. 3211-3 et L. 3211-4) s'appliquent aussi aux détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux.

Le 6 mai 1995, Xavier Bertrand, Ministre de la Santé, fait voter la loi relative aux droits des patients hospitalisés. Celle-ci comporte une charte du patient hospitalisé, réactualisée le 2 mars 2006, dont l'affichage est obligatoire dans chaque service et dans chaque livret d'accueil. Elle précise qu'un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient, obtenu après information accessible et loyale et reprend l'énoncé des articles L. 326-2 et L. 326-3 de la loi du 27 juin 1990 y ajoutant le devoir de respect de la dignité et de la vie privée du patient (Circulaire n°2006-90).

En septembre 1997, est rendu le rapport du Groupe National d'Évaluation de la loi du 27 juin 1990, groupe de réflexion constitué en 1995 à l'initiative de l'État. Ce rapport souligne la nécessité d'instaurer une législation spécifique en Santé Mentale, non pour restreindre les droits des patients, mais pour encadrer les restrictions qui leurs sont faites. Elle précise que ce ne sont pas la nécessité des soins ou le danger de mort d'un patient qui justifient la mise en place de soins sans son consentement et la restriction de ses libertés, mais parce les troubles mentaux dont il souffre sont marqués par le déni de sa maladie, le refus des soins et une grande souffrance. L'abolition du discernement est la seule justification à l'atteinte portée aux libertés individuelles d'un patient (rapport du Groupe National d'Évaluation de la loi du 27 juin 1990).

Le 8 décembre 2000, paraît la Charte de l'usager en Santé Mentale, qui convient que :

- « L'usager en santé mentale est une personne qui doit être traitée avec le respect et la sollicitude dus à la dignité de la personne humaine » ;
- « Hors les cas d'hospitalisation sous contrainte définis par la loi, un patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement après avoir été informé des risques possibles pour son état et après avoir signé une décharge. Aucune démarche ne doit être engagée et aucun traitement donné contre ou sans la volonté, à moins que, en raison de sa maladie mentale, il ne puisse porter un jugement sur ce qui est son intérêt, ou à moins que l'absence de traitement puisse avoir des conséquences graves pour lui ou pour des tiers. Le patient ne peut être retenu dans l'établissement, hormis les cas de la législation où son état nécessite des soins sans son consentement. Il doit alors être informé de sa situation juridique et de ses droits » ;
- « Compte tenu des enjeux liant (particulièrement en santé mentale) efficacité et adhésion au traitement, même dans le cas où l'état du patient nécessite des soins sans son consentement, sera néanmoins toujours recherché le plus haut degré d'information et de participation à tout ce qui le concerne dans ses soins et sa vie quotidienne » ;
- « Dès que disparaissent les circonstances qui ont rendu nécessaire l'hospitalisation de l'usager contre sa volonté, le psychiatre doit interrompre les mesures appliquées contre cette volonté ». (Charte de l'usager en santé mentale du 8 décembre 2000)

Parallèlement, débute en juillet 2000 le rapport Piel - Roelandt, état des lieux des pratiques en santé mentale, à la demande de M^{me} Martine Aubry. C'est après la parution de ses résultats que les 2 janvier et 4 mars 2002, sont promulguées deux lois, proposées par Bernard Kouchner, qui complètent la loi du 27 juin 1990, en constituant la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques et en renforçant les droits des patients par l'accès au dossier médical. A nouveau, elles dictent la nécessité de respecter la dignité de la personne malade et d'obtenir, après information adéquate, le consentement libre et éclairé du patient pour la réalisation de tout acte médical ou la mise en place de tout traitement (loi n° 2002-303).

En novembre 2004, la Haute Autorité de Santé publie une conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et l'obligation

de soins et sécurité (HAS, 2004). Elle y définit la notion de liberté d'aller et venir comme liberté de choisir un établissement de soins où sont respectées son autonomie, sa vie privée et sa dignité, de s'y déplacer et d'y mener une vie ordinaire. Les justifications à l'atteinte de la liberté d'aller et venir pour des raisons de protection de la personne contre elle-même ou contre autrui ne se conçoivent que dans les conditions suivantes (qui devront être précisées et justifiées dans le règlement intérieur et dans le contrat de soins) :

- « les contraintes de la réalisation des soins : évaluation, traitement ou explorations prescrits par l'équipe médicale ». Ces contraintes de soins doivent donc être expliquées au patient et son consentement recherché (sauf situation d'urgence ou impossibilité pour lui de consentir), après information adaptée et accessible ;
- « le contrôle de la thérapeutique et les raisons d'hygiène, variables en fonction de l'état de santé du patient (sevrage, isolement septique, isolement protecteur) ;
- la protection de la personne quand ses comportements peuvent la mettre en danger (désorientation, idées de suicide, automutilations, etc.) ;
- la protection des tiers quand la personne peut les mettre en danger ;
- la protection de la vie collective, quand des interdictions portent par exemple sur l'utilisation et le trafic d'alcool ou de drogues ».

Le 5 mai 2010, le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, proposé par M^{me} Roselyne Bachelot, aborde la question des droits des personnes malades et des garanties du respect de leurs libertés individuelles, en considération de la recommandation du 22 septembre 2004 du Conseil de l'Europe. Pour renforcer les droits des personnes, le projet de loi prévoit :

- « l'information régulière des patients sur leurs droits, notamment de recours, et sur leur état de santé, leurs soins » ;
- « le recueil de leurs observations sur les décisions les concernant » ;
- « le recentrage du rôle des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques en prévoyant l'examen systématique des situations les plus sensibles (hospitalisation sous contrainte de plus d'un an) ».

Ces propositions ont été intégrées dans le Code de Santé Publique. Ce projet de loi débouche sur la Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

D'un point de vue législatif, les professions de médecin et d'infirmier, seuls soignants autorisés à intervenir dans la mise en place de l'isolement et de la contention, sont encadrées respectivement par le Code de déontologie médicale et le décret relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier. Le Code de déontologie médicale, ne comporte aucun article évoquant de façon directe les devoirs et les droits du médecin concernant l'usage des mesures coercitives. Mais certains dessinent le cadre éthique dans lequel pourra être effectuée leur prescription :

- article 2 (article R.4127-2 du Code de Santé Publique) : « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité » ;
- article 3 (article R.4127-3 du Code de Santé Publique) : « Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine » ;
- article 8 (article R.4127-8 du Code de Santé Publique) : « Le médecin doit [...] limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles » ;
- article 35 (article R.4127-35 du Code de Santé Publique) : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose » ;
- article 36 (article R.4127-36 du Code de Santé Publique) : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas » ;
- article 40 (article R.4127-40 du Code de Santé Publique) : « Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié ».

L'article 4 du décret relatif aux actes infirmiers et à l'exercice de la profession d'infirmier liste les caractéristiques nécessaires des soins réalisés : qualité des relations avec le malade et respect des droits de la personne, tenant compte de sa personnalité dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle. L'infirmier a notamment pour vocation de « protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique

et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques [...], de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales [...]».

Ce n'est qu'en 2002 que l'isolement apparaît dans le décret (article 5), repris en 2004, suite à la parution de la conférence de consensus de l'HAS, par l'article R 4311-6 du Code de Santé Publique. La surveillance du patient en isolement est alors reconnue comme un acte spécifique de l'infirmier psychiatrique, mais sa pratique n'est pas détaillée (décret n°2002-194). Le décret de compétence infirmière et le Code Pénal interdisent l'usage par les soignants de la force physique vis à vis des patients. Seuls les articles 122-5, 122-6 et 122-7 du nouveau Code pénal, pourraient justifier l'usage de la force physique en cas de légitime défense.

3 - LEGISLATION DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION

Des textes législatifs précis encadrent les soins sans consentement, soins à la demande d'un tiers et soins à la demande d'un représentant de l'état, notamment par la loi du 5 juillet 2011.

Nous allons examiner dans cette partie ce qu'il en est des mesures d'isolement et de contention à l'occasion de ces hospitalisations, et notamment quels sont les textes de loi qui les régissent en France. Pour cela, nous ferons préalablement un tour d'horizon des différentes recommandations et mises en garde des organismes internationaux tels que l'Organisation des Nations Unies (ONU), le Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains ou Dégadants (CPT), le Conseil de l'Europe, ainsi que la législation d'autres pays à travers le monde.

a - Avis du CPT

Le Comité Européen pour la prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains aborde cette question : il rappelle que la mise en chambre d'isolement et la contention sont « des mesures extrêmes qui peuvent être prises afin de faire face à un risque imminent de blessures ou un état de violence aigue ».

Le Comité rappelle également que le recours à la contention doit être prescrit par un médecin et éviter « que le personnel soignant ait une autorisation générale du médecin d'utiliser ces moyens en cas de nécessité ». Cette recommandation concerne la prescription de contention qui peut être réalisée en « si besoin », c'est-à-dire non pas au moment même de la prescription mais lorsque l'état du patient le nécessite. Ainsi, le CPT insiste sur le rôle central du médecin dans le choix d'utiliser ou non la contention, et cela au moment même où la situation l'exige. En outre, selon le CPT, tous les autres moyens appropriés alternatifs doivent être tentés avant d'user de ces mesures, légitimant la contention comme mesure de dernier recours. Il rappelle également que « si exceptionnellement, des moyens de contention physique sont appliqués, ceux-ci doivent être ôtés dès que possible ; ils ne doivent jamais être appliqués, ni leur application être prolongée, à titre de sanction.»

Lors de la visite du Comité en France du 28 novembre au 10 décembre 2010, celui-ci a appelé les autorités françaises à mettre en œuvre sa recommandation ancienne, visant à ce que le recours à l'isolement et à la contention mécanique soit consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet dans chaque service. Les éléments à consigner dans ce registre doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances et les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel (Rapport relatif à la visite effectuée en France par le CPT, paragraphes 172 et 174).

b - Avis de l'ONU

Une résolution de l'Organisation des Nations Unies de 1991 prévoit que « la contrainte physique ou l'isolement d'office du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui », rappelant le caractère de dernier recours de la mesure de contention. L'ONU insiste également sur l'importance de l'inscription écrite des décisions encadrant la mesure de contention. « Toutes les mesures de contrainte physique ou d'isolement, les raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue, doivent être inscrites dans le dossier du patient. »

En outre : « Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement d'office doit bénéficier de conditions humaines et être soigné et régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié. Dans le cas d'un patient ayant un représentant personnel, celui-ci est avisé sans retard, le cas échéant, de toute mesure de contrainte ou d'isolement d'office » (résolution 46/119 de l'ONU, principe 11, 1991).

c - Les recommandations du Conseil de l'Europe

En 1994, le Conseil de l'Europe édicte une première recommandation catégorique quant à l'utilisation des contentions: « Aucun moyen de contention mécanique ne doit être utilisée. Les moyens de contentions chimiques doivent être proportionnés au but recherché » (recommandation 1235).

En 2004, le Conseil, plus nuancé, édicte une recommandation relative à la protection des droits de l'Homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en précisant le principe de restriction minimale : « Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui » (recommandation Rec(2004)10).

d - Tour d'horizon législatif à travers le monde

Dans de nombreux pays, en Grande-Bretagne, en Allemagne, aux Etats-Unis, au Canada, en Belgique, aux Pays-Bas et en Russie, ce sont des textes de loi précis qui encadrent l'utilisation de la contention, au contraire de la France comme on le verra par la suite.

En Islande, la contention et l'isolement sont absents des pratiques en psychiatrie. Comme expliqué plus haut, l'abolition de la mesure de contention a pu être mise en place par le taux de soignant par service le plus important d'Europe: un soignant pour un patient (Snorrason et al, 2007).

En Allemagne, le fait d'attacher des patients est réglementé par la loi concernant les malades mentaux du 20 mars 1985, et notamment le paragraphe 29a qui considère les mesures de « sécurité particulière » comme des solutions de dernier recours « elles ne sont à mettre en pratique que s'il existe dans l'immédiat un risque considérable que le patient placé ne se tue ou se blesse sérieusement, ou qu'il devienne violent ou bien encore qu'il quitte sans autorisation l'établissement de soins, et si ce risque ne peut être réduit d'une autre manière. L'avocat du patient doit être prévenu sans délai ». Ainsi, la mesure de contention est considérée comme une mesure de sécurité, et non comme une mesure thérapeutique (loi concernant les malades mentaux du 20 mars 1985).

Au Canada, la contention est définie comme une intervention de protection, elle constitue « un moyen de contrôle physique pour empêcher une personne, sur qui on n'a plus de contrôle, de se blesser ou de blesser d'autres personnes, de l'empêcher de provoquer des dégâts autour d'elle ». Au Québec, la loi 118-1 est encore plus claire : « La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier ; doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise et le maintien de cette mesure. Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de ces mesures ». On constate ainsi que la contention est encadrée dans les textes de loi québécois par des termes extrêmement précis (Article 118-1 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux).

e – L'exception législative française

Contrairement au Canada, à la Grande-Bretagne ou à l'Allemagne, il est possible en France d'attacher un patient en psychiatrie sans que cela ne soit encadré, ou même mentionné, par un texte de loi précis. En effet, si la loi de 1838, puis celle de 1990, et enfin celle du 5

juillet 2011 prévoient dans quelles conditions un patient souffrant de troubles mentaux peut recevoir des soins sans son consentement, et plus particulièrement être hospitalisé, aucun de ces textes n'a prévu les conditions de chambre d'isolement ou de contention physique.

On se basera donc sur les recommandations de l'HAS :

ISOLEMENT

L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie de juin 1998, reconnaît l'isolement comme étant dans certains cas une nécessité thérapeutique et codifie son usage :

- sa prescription doit être médicale : le praticien initie ou valide secondairement la prescription, si cette mesure a été mise en place en urgence (dans un délai inférieur à une heure). Elle est valable vingt-quatre heures et un examen biquotidien de l'état clinique du patient est préconisé (ce que justifie l'American Psychiatric Association par l'évolutivité de la pathologie justifiant l'usage d'une chambre de soins intensifs, la possibilité d'affiner un diagnostic imprécis, la surveillance et la prévention de risques liés aux traitements ou d'un passage à l'acte auto-agressif) ;
- le patient et son confort doivent être respectés. Une information claire doit lui être dispensée, de même qu'à son entourage ;
- les indications (prévention de la violence après échec des autres mesures, d'un risque de rupture thérapeutique si l'état de santé du patient impose des soins, intégration dans un programme thérapeutique, diminution des stimulations reçues, à la demande du patient), les contre-indications (utilisation de l'isolement comme punition, absence d'indication, utilisation liée à un manque de personnel ou pour le confort de l'équipe de soins, contre-indications somatiques) et les risques de l'isolement (risque suicidaire, d'automutilation, de confusion, risques liés au traitement, risque métabolique, imposant la mise en place d'un programme de surveillance et de prévention adaptés) sont décrits ;
- la surveillance infirmière doit être médicalement prescrite en termes de cibles et de périodicité. Elle doit être à la fois psychique, physique et biologique et être retranscrite avec précision dans le dossier du patient. L'équipe doit aussi s'appliquer à rechercher tout facteur de risque (objets dangereux type briquets, armes ...) pendant le séjour en chambre d'isolement, par des vérifications portant sur la chambre (avant

entrée du patient), le patient et ses effets personnels, et ce au décours de chaque sortie. La chambre d'isolement doit être verrouillée durant les temps de sortie du patient. Ceux-ci doivent être préparés, avec l'éventuel appel anticipé de renforts si un passage à l'acte hétéro-agressif est prévisible, pour éviter de recourir à la force physique ;

- la réalisation d'un entretien psychologique, permettant aux patients d'exprimer leur vécu de l'isolement, est conseillée (ANAES, 1998).

CONTENTION

La Conférence de Consensus de la Haute Autorité de Santé, publiée en novembre 2004 codifie pour la première fois l'usage de la contention mais pour les personnes âgées de plus de 65 ans : elle y est décrite comme « une atteinte à la liberté inaliénable d'aller et venir ». Elle doit être exceptionnelle, réduite aux situations d'urgence médicale. La contention systématique (à l'admission des patients sous contrainte par exemple) doit être interdite. L'HAS préconise une durée de validité de la prescription médicale de trois heures.

Elle conclue que l'isolement et la contention doivent être prescrits après évaluation du rapport bénéfice / risque (« toute restriction d'aller et venir n'est envisageable que si son bénéfice l'emporte sur les risques éventuels induits par le maintien de cette liberté ») et leur mise en œuvre doit se faire de façon rigoureuse et contrôlable « Toute décision de confinement doit faire l'objet d'un protocole précis, être motivée, portée au dossier de la personne, écrit sur un registre consultable par les autorités de contrôle et faire l'objet d'une information rapide à l'entourage ».

Les auteurs rajoutent que le thème de la contention physique, soin intensif dans certaines pratiques psychiatriques, n'a pas été abordé dans cette conférence. Des recommandations de bonne pratique spécifiques sur ce sujet sont souhaitées par le jury (HAS, 2004).

Les rapports sur la santé mentale du Contrôleur général des lieux de privation de liberté :

Deux rapports récents alertent et émettent des propositions quant à une meilleure utilisation de la contention physique en psychiatrie : le rapport sur la santé mentale remis en

décembre 2013 à l'Assemblée Nationale par le député Denys Robiliard, et le rapport annuel du contrôleur général des lieux de privation de liberté rendu public en mars 2014.

Dans le premier rapport, Denys Robiliard rappelle que la contention est une prescription médicale dans un contexte de soins et déplore l'absence de suivi sur le plan national, ainsi que la faiblesse des statistiques sur la question de l'utilisation de cette mesure (rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie).

Ainsi, les mesures de contention et d'isolement font l'objet de deux des 30 propositions dans le rapport remis à l'Assemblée Nationale:

- Proposition n°14 : « Votre Rapporteur recommande de rendre exceptionnelles les pratiques restrictives de liberté et ainsi de s'assurer au niveau du ministère de la santé, des agences régionales de santé, des établissements de santé mentale et de la Haute Autorité de santé que les restrictions aux libertés individuelles de patient faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte soient adaptées, nécessaires et proportionnées à leur état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. »
- Proposition n°15 : « Votre Rapporteur préconise donc de constituer un registre administratif dans chaque établissement d'hospitalisation psychiatrique, consultable notamment par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, recensant les mesures d'isolement ou de contention prises et précisant l'identité des patients, le médecin prescripteur, les dates et heures de début et fin de mesures, le nom et la qualification du personnel ayant surveillé leur mise en œuvre.»

Dans son rapport annuel remis au public en mars 2014, le Contrôleur des lieux de privation de liberté qualifie les mesures de chambre d'isolement et de contention « les plus évidemment attentatoires aux libertés », tout en reconnaissant leur nécessité dans certaines situations. « Il n'est pas question de discuter ici le fait que certains patients particulièrement agités, dangereux pour eux-mêmes et pour les autres, puissent nécessiter le recours à l'isolement, voire à la contention. Il n'en reste pas moins qu'une telle décision devrait répondre à des critères précis et des conditions déterminées, ce qui n'est pas toujours le cas.»

De plus, le Contrôleur s'étonne des conditions de mise en place de ces mesures dans certains établissements visités. « Elles [les chambres d'isolement] sont dépourvues de toute décoration, de mobilier et parfois de commodités (un seau est alors laissé aux patients) ; ces chambres ne sont pas toujours équipées d'un bouton d'appel, ni d'horloge permettant au patient de se repérer dans le temps. Les malades peuvent y être entravés, sanglés à leur lit par une main et un pied ; le moindre geste de la vie quotidienne - se nourrir, uriner - place alors la personne dans des conditions humiliantes ». Il s'interroge également sur les raisons qui parfois motivent ces mesures. « Il est aussi apparu que la nuance était parfois subtile, entre soin et sanction. Ainsi [...] une patiente a-t-elle été placée à l'isolement et contenue, suite à des débuts d'incendie dans sa chambre. Il est permis de se demander si d'autres moyens n'auraient pas suffi à empêcher le renouvellement de tels actes, évidemment dangereux et, comme tels, inacceptables. » (Rapport d'activité 2013 du contrôleur général des lieux de privation de liberté)

Inspiré du rapport émis par le CPT et appuyant l'avis du député Denys Robiliard, le Contrôleur recommande que « le recours à la contrainte physique d'un patient [...] soit consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet ainsi que dans le dossier médical du patient. Les éléments à consigner doivent comprendre l'heure de début et de fin de mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin l'ayant prescrite ou approuvée dans un délai raisonnable. Ces patients devraient en outre faire l'objet d'un suivi médical accru. Ce registre devrait être soumis au contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques. »

Le 18 Mars 2015, lors d'un débat en Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, un amendement du député M. Robiliard a été adopté. Cet amendement concerne les mises en chambre d'isolement et sous contention, qui devront prêter lieu à des inscriptions administratives dans un registre spécifique pouvant être consulté par les autorités de contrôle, ainsi que par les parlementaires, qui visitent les établissements psychiatriques.

⇒ Après ce tour d'horizon législatif, on va s'intéresser aux indications et contre-indications de la mise en chambre de soins intensifs et à l'usage de la contention en France.

VII - INDICATIONS ET CONTRE INDICATIONS DE LA MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

La mise en chambre d'isolement du patient hospitalisé « pour maladie mentale » a été pendant longtemps absente de la littérature psychiatrique. Il n'en est plus de même aujourd'hui. La thèse d'Isabelle Pepier dès 1992, l'audit clinique orchestré par l'ANDEM et de nombreux travaux ont contribué à une nouvelle visibilité de cette pratique et au renouveau de la réflexion sur ces modalités concrètes d'utilisation et sur les théories qui la sous-tendent. La publication en juin 1998 de « l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie », a été, un moment fort dans l'histoire des chambres d'isolement. Le sujet était reconnu comme suffisamment important pour que l'Agence d'Etat s'y intéresse et détermine 23 critères de qualité.

1. Les données concernant l'identité, la date et heure de début et de fin de MCI (mise en chambre d'isolement) sont renseignées.
2. Si le patient vient d'une autre unité de soins, dans le cadre de ce qui est appelé un prêt de chambre d'isolement, le dossier du patient et toutes les informations nécessaires sont fournies, en temps utile.
3. La mise en chambre d'isolement est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la prescription doit être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement.
4. L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24 heures.
5. Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de MCI et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique.
6. Les contre-indications somatiques de la MCI sont identifiées et notées.
7. Les facteurs de risque éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux et liés à la thermorégulation) sont repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place.

8. La conformité de la MCI avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription.
9. L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la chambre d'isolement (CI) ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.
10. L'entrée et la sortie du patient sont signalées aux services de sécurité incendie en temps réel.
11. La MCI est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
12. Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement. La nécessité d'informer l'entourage est examinée.
13. En cas de recours à la contention physique, celle-ci est réalisée avec les matériels adéquats, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort.
14. Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement.
15. Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour.
16. Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté.
17. Le rythme programmé de surveillance de l'état somatique est respecté.
18. La surveillance biologique prescrite est réalisée.
19. Le séjour du patient en CI est interrompu par des sorties de courte durée, durant la journée.
20. Un entretien centré sur le vécu du patient en CI est réalisé à la fin du processus.
21. L'hygiène du patient est assurée durant toute cette phase de soins.
22. L'état de propreté de la chambre est vérifié au moins deux fois par jour.
23. Les documents (feuille de surveillance, rapport d'accident ...) sont intégrés au dossier du patient

Ces critères permettent ainsi de rendre à cette pratique ses véritables indications et de définir les exigences précises de réalisation afin d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins. La décision de mise en chambre de soins intensifs peut être soit prise en urgence, soit décidée après un temps de réflexion selon la clinique du patient.

1 - INDICATIONS D'UNE MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ni appropriés.
- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins
- Isolement intégré dans un programme thérapeutique
- Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues
- Utilisation à la demande du patient

La très grande majorité des motifs de mise en chambre de soins intensifs sont la prévention d'une violence imminente du patient, la prévention d'un risque de rupture thérapeutique et l'isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.

2 - CONTRE-INDICATIONS (UTILISATION A TITRE NON THERAPEUTIQUE)

- Utilisation de la CI à titre de punition
- État clinique ne nécessitant pas un isolement
- Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe soignante ou pour son confort
- Utilisation uniquement liée au manque de personnel

3 - CONTRE-INDICATIONS SOMATIQUES A L'ISOLEMENT

- Affection organique non stabilisée¹ :
 - Insuffisance cardiaque
 - État infectieux
 - Trouble de la thermorégulation
 - Trouble métabolique
 - Atteinte orthopédique
 - Atteinte neurologique

¹ Diagnostic, pronostic, suffisamment incertains ou graves pour nécessiter des soins et une surveillance intenses

- Le patient présente un risque lié à la prise de toxiques avant la MCI par :
 - Prise de drogue
 - Prise d'alcool
 - Suspicion de surdosage médicamenteux volontaire

4 - FACTEURS DE RISQUES

- Le patient présente un (ou plusieurs) risque(s) suivant(s) :
 - Risque suicidaire
 - Risque d'automutilation
 - Risque de confusion
 - Risque lié au traitement
 - Risque métabolique
 - Température ambiante dans la CI ou inférieure à 19 °C ou supérieure à 25 °C
 - Autre

Pour chaque risque identifié, un programme de surveillance et de prévention est mis en place.

VIII - INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'USAGE DE LA CONTENTION

La Société Francophone de Médecine d'Urgences a publié en 2002 la 9^{ème} conférence de consensus concernant la prise en charge de l'agitation aux urgences, évoquant notamment la question de l'utilisation de la contention physique.

Les auteurs précisent en préambule la rareté des articles traitant de l'utilisation de la contention, l'absence de recommandation légale et enfin l'absence de preuve de l'efficacité thérapeutique de la contention dans la littérature. D'après cette conférence de consensus, la contention serait utilisée dans 58 % des services d'urgences en France.

Les deux objectifs retenus par la conférence de consensus sont :

- assurer la sécurité du patient et de l'entourage ;
- prévenir la rupture thérapeutique.

En outre, les auteurs précisent que le recours à la contention n'est justifié qu'après l'échec des autres mesures de prise en charge et que cela doit être clairement consigné dans l'observation médicale du patient, rappelant l'existence de problèmes médico-légaux possible. La contention représente une mesure d'exception et temporaire et ne constitue pas en elle seule une mesure thérapeutique. Ainsi, elle doit toujours être associée à une sédation médicamenteuse (ANAES, 2002).

1 - INDICATIONS

La conférence de consensus retient trois indications à la contention physique :

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ou ni appropriés ;

- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins somatiques ou psychiatriques ;
- Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.

2 - CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications non somatiques sont :

- Utilisation à titre de punition
- Etat clinique ne nécessitant pas ces mesures
- Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe ou pour son confort
- Utilisation uniquement liée au manque de personnel

Les contre-indications somatiques sont représentées par des affections organiques non stabilisées (diagnostic, pronostic incertains ou graves pouvant nécessiter des soins et une surveillance intense) :

- Insuffisance cardiaque
- Etat infectieux
- Trouble de la thermorégulation
- Trouble métabolique
- Atteinte orthopédique
- Atteinte neurologique

⇒ En conclusion, la décision d'installer une personne soignée en isolement thérapeutique et/ou de la mettre sous contention, est médicale. Toute limite physique constitue une contrainte, une privation de liberté qui est contraire aux droits élémentaires de tout être humain. Néanmoins, l'installation en chambre de soins intensifs peut résulter d'un devoir d'assistance ou de protection pour la personne soignée et/ou pour autrui. Il est impératif de réfléchir au cas par cas, sur le bien-fondé de la décision. La frontière, entre mesure justifiée et abusive, entre les avantages et les risques pour la personne soignée, est parfois étroite. C'est pourquoi la prise de décision doit être établie en concertation avec les professionnels, selon leur champ de compétence et leur responsabilité. Cette décision est systématiquement évaluée et interrompue dès que l'effet thérapeutique est atteint. Le recours à l'installation d'une personne en chambre

de soins intensif doit rester une réponse ultime pour une durée la plus courte possible. Ce soin ne se justifie que dans une perspective à caractère thérapeutique et/ou préventif. Il découle d'objectifs thérapeutiques. Faire de la chambre de soins intensifs un outil de soins, demande un effort constant pour les professionnels, pour aller à l'inverse de ce que le lieu lui-même incite à faire : isoler et oublier. Il est intéressant de se rappeler cette phrase attribuée au psychiatre désaliéniste Lucien Bonnafé (1912-2003) « des hommes plus que des murs ». La mise en chambre de soins intensifs exprime toute la complexité du travail en santé mentale. Cette pratique associe à la fois le soin thérapeutique, la sécurité et le questionnement éthique (Bourgeois, 2012).

Nous allons donc maintenant aborder ces différents points : les fonctions de l'isolement et de la contention et les questionnements éthiques auxquels ces pratiques font appel.

IX – DIFFERENTS OBJECTIFS DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION MECANIQUE

Charcot fut le premier en 1890 à définir le principe thérapeutique de l'isolement dans le cadre du traitement des symptômes hystériques et de la prise en charge de l'anorexie mentale, en présentant dans sa dix-septième leçon, le rôle capital qu'a joué, selon lui, l'isolement, dans la guérison d'une petite fille anorexique (Charcot, 1890).

Un certain nombre de praticiens se sont attachés depuis, à décrire, sur la base de leurs observations cliniques, quels pouvaient être les effets de l'isolement et de l'usage de la contention sur les malades. Il est important de noter que ces effets seront différents selon la pathologie du patient.

Il faut bien faire la différence entre les aspects punitif, normatif, et curatif de ces moyens d'intervention.

1 - DE LA FONCTION SECURITAIRE...

La protection de l'intégrité physique concerne le patient isolé, mais aussi les soignants et les autres patients. C'est dans la pratique un motif fréquent de la mise en chambre d'isolement et de la contention. Dans le milieu psychiatrique, des situations dans lesquelles peuvent survenir un acte auto mais surtout hétéro-agressif sont fréquentes. Parmi lesquelles, les états d'agitation aigue lorsque l'approche relationnelle n'arrive pas à contenir la crise et prévenir l'escalade vers la violence et le passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.

Plusieurs problèmes peuvent être soulevés. D'abord celui de l'évaluation de la dangerosité potentielle et du risque d'occurrence d'un passage à l'acte. Cette appréciation reste très aléatoire et peut entraîner des isolements abusifs. Puis il y a le risque que l'isolement ou la contention devienne une réponse systématique à tout trouble du comportement et prenne

dans ce cas un sens punitif pour ce dernier. Or l'isolement ne se justifie plus avec des arguments punitifs mais persiste avec des arguments thérapeutiques.

2 - ...VERS UNE FONCTION THERAPEUTIQUE

L'isolement ne doit être ni le passage à l'acte ou la dernière solution d'une institution désemparée, ni le seul terme d'un contre transfert négatif. Il ne doit pas satisfaire le « sadisme » de tel ou tel membre de l'équipe, ni être l'occasion d'erreurs liées à un sentiment de culpabilité. Il apparaît donc nécessaire que la décision d'un isolement s'inscrive dans un projet, que l'objectif de soin soit précisé. Imaginons un instant que l'isolement soit pratiqué par un psychiatre doté des locaux nécessaires, mais travaillant seul. Voici qui suffit pour mesurer le monstrueux arbitraire auquel le patient serait soumis et, par contrecoup, pour comprendre que l'isolement ou la contention ne peut être intégré qu'à une thérapeutique pratiquée en équipe. Qui plus est, cette équipe se doit d'avoir défini des règles et un protocole d'isolement intégrés à un projet de soin élaboré par concertation. Ce projet modifiable en cours d'évolution va de la décision d'isoler à la perspective de l'ouverture, et ne manque pas d'être communiqué au patient dans la mesure du possible. On sait ainsi que c'est la communication entre membres d'une équipe autour d'une règle qui compense et tempère ce qu'instaure la réduction des relations du patient aux seuls soignants (Cozic, 1996). L'isolement ne se conçoit, dans la relation privilégiée qu'il instaure entre le soignant et le soigné, qu'à condition que ce privilège ne soit pas vide et que la relation ainsi créée soit riche de rencontre, d'écoute et d'échange.

3 - FONCTION APAISANTE

a - Fonction de protection contre soi-même

La chambre de soin intensif a une fonction de protection vis-à-vis des angoisses archaïques autolytiques du patient. Ces angoisses sont bien souvent désorganisantes pour celui-ci.

b - Fonction de protection contre le milieu externe : la réduction des stimuli sensoriels

Ce concept a surtout été développé par Gutheil. Le fait de placer l'individu dans un lieu paisible, a pour but de le soustraire aux stimulations variées provenant des soignants, des autres patients (supprime le jeu de miroir avec les autres patients, souvent source d'escalade de la violence), et de son entourage. Il est donc question de construire un univers caractérisé par sa constance et sa régularité. Le principe de l'isolement permet de protéger le patient de relations interpersonnelles inadaptées et extrêmes. Ce moyen est surtout efficace chez les patients au mode de fonctionnement paranoïde, l'espace d'isolement constitue un espace où le patient est à l'abri des persécuteurs et dans lequel il n'est pas menacé directement (Gutheil, 1978).

Alty et Mason ajoutent que l'isolement d'un patient présentant d'importants troubles du comportement peut permettre aux soignants d'établir rapidement une relation thérapeutique, relation impossible jusqu'alors du fait de la stimulation sensorielle trop intensive pour le sujet (Alty et al, 1994).

4 - APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

La chambre d'isolement, c'est l'espace de contention, de coercition. L'enfermement supprime au patient, notamment psychotique, un des mécanismes de défense contre l'angoisse : la fuite, sans parler des actes de violence envers son entourage. Bien qu'il réagisse contre son enfermement, un mouvement de régression s'amorce dans ce lieu contenant.

a - La chambre de soins intensifs comme lieu de régression...

« La chambre d'isolement peut symboliser la « cellule originelle », le retour à l'intra-utérin, espace clos confrontant ainsi le psychotique au fantasme narcissique de l'idéal fusionnel avec la mère qu'il désire tant retrouver. Mais ce retour à la complétude narcissique, ce « tout un » avec la mère ne pourra être opérationnel que dans la distanciation, dans la rupture du fantasme fusionnel » (Palazzolo, 2002).

b - ... pour favoriser le retour à l'autonomie

L'isolement ne pourra être thérapeutique que par le processus de « défusion », par rupture de « la peau commune » décrit par Anzieu, qui permettra le retour à l'autonomie (Anzieu, 1995). Le rôle des soignants sera d'accompagner le patient à retrouver des modes plus adaptés et plus en adéquation quant à son fonctionnement psychique et sa relation à l'autre. L'accompagner dans le processus d'individuation pour mettre fin progressivement à cet état de dépendance transitoire provoqué par l'isolement.

Pour Baradell, la mise en chambre d'isolement est donc un processus dynamique avec une phase de recouvrement du contrôle par le patient (Baradell, 1985).

c - Une enveloppe psychique permettant la contenance

La notion de contenance a été introduite au travers des concepts de peau psychique, de Moi peau et d'enveloppe psychique.

C'est à partir de l'identification projective élaborée par Mélanie Klein que Bion forge, dans les années 60, les concepts de contenant, contenu, fonction alpha, élément alpha et éléments bêta (Bion, 1979). Il se sert du modèle suivant : le nourrisson projette dans le bon sein une partie de sa psyché, à savoir ses sentiments mauvais, ses peurs archaïques, ce que Bion nomme les éléments bêta. Ces éléments sont un contenu reçu par le sein (la mère et tout ce qui en tient lieu, les soignants par exemple) qui fait en les accueillant, office de contenant. Le moment venu, ils sont ensuite retirés et ré introjectés. Durant leur séjour dans le bon sein, les sentiments mauvais sont ressentis comme ayant été modifiés de telle sorte que l'objet ré introjecté apparait tolérable à la psyché du nourrisson, cela grâce au travail opéré par la fonction alpha de la mère qui a permis la transformation des éléments bêta en éléments alpha. Bion précise que lorsque la phase de ré introjection a lieu, l'enfant ré introjecte non seulement la partie mauvaise déposée dans la mère mais aussi la mère en tant que contenant. Les éléments alpha ne sont pas des éléments du monde extérieur mais le produit du travail accompli sur les sens supposés se rattacher à ces réalités.

La « fonction conteneur » défini par Kaës correspond au rétablissement du processus psychique grâce au travail de transformation des processus destructeurs par un contenant humain actif et apte à rendre possible cette métabolisation (Kaës et al, 1979). Ainsi lorsque la nuit tombant, un nourrisson en proie à des angoisses de dévoration, pleure, il projette sa peur sur sa mère. Celle-ci, suffisamment bonne, accueille ses pleurs, ses angoisses, ce contenu. Elle les contient mais ne se contente pas de cela. Elle les transforme et les redonne à son bébé sous la forme d'une berceuse ou d'un conte.

Considérant qu'une équipe de soins fait office de contenant « Le patient vient fracasser ses angoisses contre elle (l'équipe). Elle ne peut accueillir ce contenu, ces éléments béta et les retraiter qu'en étant elle-même contenue.

Ainsi, la fonction contenante, dans sa conception psychanalytique, ne peut être assurée dans un service de soins que par l'intervention d'un ou plusieurs soignants, infirmier ou médecin, au sein d'une institution. La contenance ne peut être l'intervention de murs seuls, ou dans le cas des contentions physiques, de sangles seules. Il est évident que l'environnement humain soignant réalise ce passage du contenant matériel au contenant psychique. Dominique Friard dans son article « attacher n'est pas contenir », pose clairement cette distinction entre acte de contention physique et fonction contenante (Friard, 2004).

d - La restructuration

L'éloignement du patient de son environnement, la régression puis l'accompagnement du patient dans un processus d'individuation vont permettre sa restructuration (Hakimi et al, 2000). L'importance de l'explication et de la communication avec le patient est primordiale. Il est essentiel de lui expliquer les raisons de cette prescription médicale.

La fonction architecturale matérialisée par des murs, n'a de valeur que si elle correspond à un équivalent charpenté sur le plan théorique et pratique, et si elle se fonde sur la notion d'espace thérapeutique, à l'intérieur duquel les patients sont pris en charge et accompagnés.

Qu'est ce qui va se dire, que va-t-il se jouer dans un tel espace ? La relation à l'entourage peut s'amorcer. Les demandes et les revendications incessantes apparaissent alors comme un moyen de dialoguer avec les équipes soignantes. Ce type de thérapie se doit d'utiliser des médiateurs « objets, personnes ou choses » en raison de cette tendance des psychotiques à utiliser des supports comme émissaires projectifs.

Ainsi, l'isolement, support d'une autre chose, médiateur d'une régression, d'une dépendance à tarir, nous renvoie au seuil de la porte, à la notion de limite, à cette limite qu'est la peau, le corps.

Il est important de souligner que cet espace clos, fermé, possède néanmoins une porte susceptible de s'ouvrir. Une porte est une invitation à aller, à circuler d'un lieu à un autre lieu différent, distinct. Et c'est par ce qu'un lieu est un endroit où il est possible de circuler, de passer, qu'il prend sens. En cela la chambre d'isolement peut prendre sens dans l'histoire du sujet, par le fait qu'elle est une étape transitoire, passage entre lui, et le collectif soignant-soigné. Mais pour cela un accompagnement, une main tendue est souvent nécessaire, et cet accompagnement peut être la parole, le dire, « cet espace du dire » de J. Oury (Palazzolo, 1996).

De nombreuses études anglo-saxonnes ont montré le bien-fondé de l'isolement thérapeutique, particulièrement prouvé dans le cas de schizophrénie en phase productive. Leurs études ont néanmoins défini l'isolement non pas comme un soin en lui-même, mais comme un moyen d'instaurer les soins, et une relation thérapeutique efficace, dans un climat sécuritaire hypo stimulant et apaisant (Giloux, 2006).

5 - APPROCHE COMPORTEMENTALE

Les processus décrits dans les modèles comportementaux peuvent se transposer à la situation de l'isolement (Fontaine, 2006).

Prenons pour exemple un patient en phase maniaque. L'extérieur est source de sollicitations envahissantes qui maintiennent et majorent la désorganisation déjà présente du fait de la pathologie. L'extérieur augmente le comportement de dispersion, il s'agit donc d'un élément de renforcement selon la théorie d'apprentissage du conditionnement opérant. Le renforcement est positif, car il agit en ajoutant un élément, ici : les sollicitations extérieures.

L'isolement induit un éloignement temporaire de l'entourage et de l'environnement habituel du patient, ce qui permettra d'interrompre tout un circuit d'interactions négatives et destructrices entre le patient et son entourage. L'isolement favorisera un apaisement des tensions, en protégeant le patient des relations interpersonnelles conflictuelles, et des stimuli sensoriels externes nocifs. C'est l'isolement dans le sens de « séparation ». Cet entourage peut être extra hospitalier, et l'hospitalisation en elle-même permettra cette séparation. Quant à la mise en chambre d'isolement, elle pourra être utilisée si la séparation vise les autres patients ou l'équipe soignante par exemple, ou si l'objectif recherché est de diminuer au maximum les stimuli extérieurs. Les soins en chambre d'isolement stoppent ces stimulations et parent ainsi l'excitation du patient.

La chambre de soins intensifs diminue donc le comportement de dispersion, il s'agit ainsi, à l'inverse, d'un élément de punition. Dans la terminologie comportementale, ce terme est parfois utilisé dans ce type de situation, mais dans une toute autre dimension que celle qu'on lui connaît, et il prend un sens tout à fait différent, ne soutenant alors aucun jugement de valeur vis-à-vis du patient. Par ailleurs, la punition est négative, car on soustrait un élément. La chambre d'isolement permet de se départir de la situation problème que représente l'extérieur. Cette mise à distance est nécessaire, le temps que le patient soit suffisamment prêt et apaisé pour s'exposer à la situation, et apprendre à gérer ses interactions à l'autre, à un autre non soignant.

Dans d'autres situations, la mise en chambre d'isolement permettrait de diminuer la survenue de passage à l'acte en tant que punition positive. En tant qu'expérience pénible, elle peut constituer un stimulus aversif fort pouvant amoindrir les attitudes et les manifestations comportementales ayant conduit à l'isolement. Dans ces exemples, la chambre d'isolement est

plutôt source de punition, comportementale, vis-à-vis d'un comportement donné, comportement dont elle diminue la fréquence, la probabilité.

Toutefois, de manière paradoxale, la mise en chambre d'isolement peut constituer un renforcement positif des comportements, par différents processus, essentiellement cognitifs, en ceci qu'elle constitue un moyen d'obtenir une quelconque satisfaction, des bénéfices secondaires. C'est par exemple le cas de certains patients présentant un trouble de la personnalité histrionique, qui, via le passage à l'acte, et la chambre d'isolement, tirent le bénéfice de la majoration de la présence soignante auprès d'eux.

Ensuite, les phénomènes de réactance peuvent s'activer, conduisant à une confrontation sans cesse croissante entre les soignants et les patients en chambre d'isolement, autour de la notion de contrôle. Selon la théorie de la réactance du psychologue Jack Brehm, une personne dont la liberté individuelle est réduite ou menacée va tenter de vouloir retrouver une certaine marge de manœuvre. Selon Brehm, un comportement considéré comme « problématique » devient ou redevient plus attractif si une intervention remet en cause, ou met au défi la liberté individuelle (Brehm, 1981).

b - L'évitement

La mise en chambre d'isolement permet d'éviter une situation désagréable. Par exemple un patient qui ne se sent pas bien et qui demande la mise en chambre de soins intensifs pour éviter d'avoir à gérer ces émotions désagréables.

c - L'extinction

L'extinction concerne le comportement problème. Si le comportement problème est le passage à l'acte, la prévention de celui-ci par la mise en œuvre de l'isolement, permet d'abolir la contingence des événements se traduisant par la confrontation violente de l'individu avec son environnement. Elle limite donc les possibilités de renforcement de ce comportement et favorise son extinction. L'abolition des stimuli ayant suscité la problématique représente en outre, un désamorçage de la situation dans la mesure où elle supprime les facteurs causaux ayant déclenché l'émergence des conduites agressives.

6- APPROCHE COGNITIVE

Il est important de pouvoir utiliser ce moment de communication, en nommant au patient les symptômes et les processus que l'on perçoit chez lui. Ce travail facilite un processus métacognitif.

⇒ Après cette tentative d'explications quant aux objectifs recherchés de l'isolement et de la contention, nous allons maintenant nous intéresser aux risques liés à l'utilisation de ces pratiques.

X - LES RISQUES DE CES MESURES

Toute mesure d'isolement et de mise sous contention comporte des risques non négligeables pour le patient. Le côté paradoxal de l'isolement se manifeste par le fait que plusieurs symptômes ayant motivés l'isolement sont majorés par ce dernier. D'où l'importance à chaque fois d'évaluer la balance bénéfices-risques.

1 - CONSEQUENCES DE LA MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT SUR LES PATIENTS

a - Conséquences psychiques

La mise en chambre d'isolement peut causer une majoration de l'agressivité avec un risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, surtout pendant la procédure de mise en isolement chez un patient peu ou non coopérant.

Même si la chambre d'isolement a toutes les normes de sécurité requises, les risques de passage à l'acte suicidaire et/ou d'automutilation restent présents.

Par ailleurs, du fait de la réduction des stimuli et des perceptions, l'isolement peut entraîner des manifestations confusionnelles ou, chez des patients de type état limite, une irruption hallucinatoire et délirante (manifestation de phénomènes de morcellement ou de phénomènes de sidération).

La réduction et le blocage des possibilités de décharge motrice peuvent également entraîner une intensification massive de l'angoisse (Vignat, 1995).

Il faut également avoir à l'esprit que le sevrage, notamment tabagique est parfois mal toléré.

b - Conséquences physiques

La majoration de l'agressivité des patients lors de la mise en chambre de soins intensifs risque d'entraîner un contact physique violent, avec un risque de blessures pour les patients et les soignants. Le recours au traitement injectable et à la contention est fréquent dans ces cas-là.

De plus un patient peut tout à fait présenter lors de son isolement des complications somatiques, des effets secondaires consécutifs au traitement reçu.

2 - CONSEQUENCES DE LA CONTENTION SUR LE PATIENT

En ce qui concerne les effets secondaires et les risques liés à la contention : Le 11 octobre 1998, Weiss publie un article sur la contention et l'isolement qui recense, entre 1988 et 1998 aux Etats-Unis, les cas de décès en lien avec l'utilisation de la contention, dans les services psychiatriques (Weiss, 1998). Les principales causes de décès retrouvées sont :

- Asphyxie positionnelle
- Décès par fausse route
- Libération massive de catécholamines
- Hyperthermie
- Rhabdomyolyse
- Thrombose

Lors de la contention physique ou mécanique, on peut également induire des réactivations d'un traumatisme physique ou sexuel.

On retrouve les mêmes risques traumatiques (blessures) lors de l'usage de la contention dans les situations d'urgence.

3 - ELABORATION DE RECOMMANDATIONS

Au total, bien qu'il n'existe aucune étude méthodologiquement correcte estimant les risques imputables à la contention et l'isolement, la littérature liste de nombreux effets

secondaires possibles, rendant nécessaire l'élaboration de recommandations visant à sécuriser leur usage. Il convient donc de former les équipes concernées (Mohr, 2003 ; HAS, 2004) :

- toutes les équipes doivent savoir dispenser les gestes de premier secours ;
- durant la mise en place de la contention et de l'isolement, toujours veiller à la liberté des voies aériennes du patient ;
- précautions à prendre : surveillance régulière des constantes (pouls, tension artérielle, température), de l'état d'hydratation, de l'élimination et de l'état circulatoire et cutané ;
- positionnement du patient : en décubitus dorsal avec surélévation de la tête en veillant à la liberté des voies aériennes ;
- en cas de facteurs de risque thrombotique, prescrire la pose de bas de contention, la mobilisation des membres des patients, voire une héparinothérapie préventive ;
- effectuer régulièrement un électrocardiogramme de contrôle chez les patients sous psychotropes, un bilan sanguin chez les patients alités de façon prolongée (surveillance de la CPK (créatine phosphokinase), du ionogramme, de la fonction hépatique) ;
- matériel de contention : aucune norme n'existe actuellement mais les attaches doivent pouvoir être déverrouillées rapidement en cas de danger, tel qu'un incendie.

4 - CONSEQUENCES SUR LES SOIGNANTS

L'attitude violente et agressive de certains patients peut entraîner une réponse du même ordre de la part du soignant. Un isolement, une mise sous contention et une injection intra musculaire d'un traitement sédatif est parfois une réponse systématique des soignants face à des symptômes de nature violente. Ces mises en isolement peuvent être particulières, avec un corps-à-corps impressionnant. Nous pouvons assimiler ces contre attitudes à des manifestations contre-transférentielles.

Le contexte, le déroulement et la prescription de l'isolement peut également être source d'angoisse pour le soignant, une identification importante au patient isolé par le soignant peut déclencher chez lui une angoisse d'abandon. Et inversement l'angoisse devant une situation difficilement maitrisable pourra entraîner une prescription d'isolement.

Pour certains soignants le recours à l'isolement est culpabilisant, ceci est d'autant plus vrai que leur identification au patient est importante. La répétition de ces situations où dominant l'agressivité, la violence, l'affrontement, la culpabilité peut entraîner une situation d'épuisement, d'échec et un doute sur sa capacité à soigner.

Certains patients suscitent des intérêts différents chez les soignants. Les contre-transferts sont différents d'un soignant à un autre. Une mise en isolement d'un patient peut entraîner un clivage au sein des soignants. Un travail d'élaboration et d'analyse est donc nécessaire afin d'éviter ces situations de clivage des équipes.

⇒ Au vu de ces risques non négligeables, la réduction de l'utilisation des chambres d'isolement et de l'usage de la contention doit figurer au tableau des exigences de l'établissement en termes de qualité de soins. Ces pratiques ne doivent être utilisées qu'après l'essai de toutes les stratégies d'apaisement. Leur dimension coercitive interpelle notre sens éthique.

XI - ETHIQUE

L'hôpital est par excellence un lieu propice à l'exploration éthique des pratiques soignantes, et tout particulièrement dans le domaine de la psychiatrie, où le questionnement s'impose d'autant plus que nous sommes confrontés à des soins sans consentement, et à la question de la privation de la liberté du malade mental.

L'éthique remet le malade au centre de nos préoccupations, elle permet de faire contrepoids à un discours dominant, mélange savant de préoccupations financières, administratives et judiciaires. Elle ne peut, et ne doit être l'affaire des seuls spécialistes « éthiciens », mais faire partie intégrante d'une manière d'aborder, de penser le soin en psychiatrie. La réflexion éthique contribue à ce que le soignant fasse le deuil de l'omnipotence et de la toute-puissance. Le questionnement éthique c'est d'abord le doute : suis-je en mesure d'apporter quelque chose à ce sujet souffrant, par ma contribution soignante ? Mes actions vont-elles le servir ou le desservir ? Nous sommes là, à des kilomètres de la procédure sans faille de type diagnostic, actions et évaluations. L'éthique permet donc d'aborder le soin d'une manière humaine, en ayant conscience que nous allons agir de la façon qui nous semble la meilleure, dans l'intérêt du malade mais, que nous pouvons nous tromper. Lorsqu'il y a questionnement éthique, un choix, plusieurs possibilités s'offrent à nous, nous sommes devant une alternative (Touzet, 2004).

Jean-Jacques Nillès propose une définition de l'éthique : « L'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées. »

Anne Danion-Grilliat quant à elle la définit ainsi : « L'éthique est cet art du discernement à travers lequel l'être humain choisit de poser des actes en accord avec le sens qu'il veut donner à son existence » (Danion-Grilliat, 2006).

La psychiatrie est la principale discipline qui peut utiliser un droit d'exception pour entraver la liberté du droit d'aller et venir, dans un établissement de santé, pour une personne hospitalisée sous contrainte ; de surcroît lorsque la personne est maintenue en isolement, voire entravée physiquement pour des raisons thérapeutiques. La mise en chambre de soins intensifs est une mesure de sécurité particulière et exceptionnelle qui associe l'enfermement et le soin. Cette disposition thérapeutique est considérée par la communauté médicale comme un soin à part entière, comme en témoigne l'évolution sémantique opérée dans de nombreux établissements. Comme le recommande l'ANAES, elle fait l'objet d'une indication médicale écrite et s'appuie sur un protocole de mise en œuvre référencé au dossier de la personne (Annexes 1 et 2). La mise en chambre de soins intensifs constitue un exemple significatif de la complexité d'associer les notions de soin et de respect des choix de la personne face à ses soins.

Au regard des personnes extérieures à la psychiatrie, l'isolement peut leur apparaître comme une atteinte aux libertés du malade. Elles pourraient revendiquer la recommandation 1235 du Conseil de l'Europe, qui préconise d'éviter des traitements inhumains et dégradants, induisant ainsi la destruction de la personnalité (1235 du conseil de l'Europe). Le recours à la chambre de soins intensifs fait donc l'objet de débats sur le plan juridique en questionnant l'atteinte à certains principes fondamentaux, et notamment celle à la liberté de mouvement (Jamet, 2000).

Ainsi, se pose la question du dilemme éthique pour l'équipe soignante prise entre, d'une part, l'application de la mise en œuvre de procédures et de protocoles tels que recommandés en 1998 par l'ANAES, et d'autre part, la possibilité de mettre en œuvre des soins non standardisés relevant du cas par cas. A quel niveau le soignant et l'individu se sentent-ils concernés ? Comment ne pas être concerné ?

Le patient contenu et en chambre d'isolement est en position vulnérable du fait de l'asymétrie de sa relation avec les soignants, pour des raisons tenant à la fois à ses troubles psychiques et au contexte de l'isolement. Il est du devoir du professionnel de respecter la

personne dont il s'occupe. Le respect de la personne fait intervenir deux considérations éthiques fondamentales :

- Le respect de l'autonomie de la personne, qui n'est pas incompatible avec le fait qu'un patient n'ait pas toutes ses facultés de jugement à un moment donné.
- La protection de la personne dont l'autonomie est restreinte, limitée, qui nécessite que la personne dépendante et/ou vulnérable soit protégée.

La relation soignante, dans une perspective éthique, est à la confluence d'un pôle déontologique et d'un volet moral.

2 - LA DEONTOLOGIE

Il s'agit de la forme d'approche d'une pratique professionnelle liée au devoir, de ce qui est à faire, et de ce qui régleme nte un exercice professionnel. Elle représente une forme de code de bonnes conduites, et trouve son origine dans la pensée kantienne. En ce sens elle n'est pas sans caractère contraignant et prescriptif.

Au regard de la déontologie, la pratique et l'exercice, selon des référentiels et normes, encadrent les actes produits pour le patient et pour la profession. Pour le patient ce sont les soins ; pour la profession, ce sont les actes, décrets et protocoles auxquels elle se réfère.

3 - LE VOLET MORAL

Le volet moral pose de manière impérative ce qui est possible ou non. Le possible n'est pas nécessairement souhaitable. Etant le garde-fou, cet axe amène à suivre des règles afin d'assurer une relation à l'autre de façon civilisée. C'est une responsabilité tout d'abord institutionnelle. Elle institue une règle, une pratique à suivre au regard de ce que la loi pose et de ce qui est infranchissable : ce en quoi la situation de soin est ce qu'elle est, à tel moment, pour tel patient, selon telle prescription médicale, dans telle chambre d'isolement qui répond aux normes de sécurité...

La responsabilité personnelle est celle qui engage le soignant à l'autre à partir de ses propres valeurs dans une relation de soin, et traverse pleinement les deux points décrits précédemment (Andrieu, 2014).

- ⇒ De cette extension entre l'axe déontologique et l'axe moral, le soignant est amené à exprimer ses doutes, sans qu'apparaisse de manière explicite le tiraillement d'une responsabilité qui s'imposerait à lui. Il peut être pris entre une responsabilité du devoir relevant de la morale et de la déontologie, et celle relevant de l'éthique et du contingent. Dans le premier cas de figure, l'acte de soin est dans une visée du juste et des principes qui le gouvernent, quitte à ne pas prendre en compte le particulier. Dans le second cas, la visée de l'acte de soin est portée « vers le bien » et les conséquences qui en résultent, quitte à déroger à la règle.

- ⇒ Doit-on opter pour l'une ou pour l'autre ? Ou bien ne peut-on pas explorer une troisième voie, telle que Suzanne Rameix le rappelle « être éthique, c'est accepter et vivre ce conflit du bien à faire et du devoir à accomplir » ?

Le travail du soignant est donc orienté par un cadre éthique et déontologique. Beauchamp et Childress ont proposé en 1978 au sein de la North American Bioethics une approche basée sur le respect de quatre principes : **les principes de bienfaisance, de non-malfaisance, d'autonomie et de justice**. Ainsi, un acte est éthiquement acceptable si ces quatre principes sont respectés (Beauchamp et al, 2001).

Dans le cas de la contention physique et ou de la mise en chambre de soins intensifs, le principe de bienfaisance est recherché si la contention, ou l'isolement sont considérés par le soignant comme un acte thérapeutique et/ou comme une mesure de protection pour le patient lui-même. Il y a violation de ce principe en cas d'utilisation à but punitif, en l'occurrence.

Le principe de justice est également respecté, et recherché si le patient met en danger autrui. Le respect de ces deux principes est toutefois en conflit direct avec le principe d'autonomie par la privation de la liberté de mouvement que la contention et l'isolement entraînent par définition.

Le concept d'autonomie est un des concepts les plus travaillés en philosophie morale contemporaine et donc dans le champ de l'éthique médicale. Pour la plupart des philosophes l'autonomie consiste dans le fait d'agir selon la règle ou la loi que l'on se donne. Cela correspond à l'étymologie du mot auto, soi et nomie, la règle, la norme. Et selon Emmanuel Kant cette loi doit être déterminée par la raison. Un être qui ne serait gouverné que par ses seules passions ne peut être considéré comme autonome.

D'un point de vue éthique, respecter l'autonomie d'une personne, c'est lui reconnaître le droit d'avoir des opinions, de faire des choix et d'agir en fonction de ses croyances ou valeurs personnelles. On peut s'appuyer sur la définition que proposent T. Beauchamp et J. Childress dans leur manuel sur l'éthique médicale : « respecter un agent autonome signifie de façon minimale, reconnaître le droit de cette personne à avoir des opinions, à faire des choix, et à entreprendre une action sur la base de ses propres valeurs et croyances personnelles » (Beauchamp et al, 2001). Encore faut-il que la personne soit en capacité d'exercer pleinement cette autonomie, c'est-à-dire d'apprécier la situation dans laquelle elle se trouve. En éthique médicale on s'attache plus encore à la notion de choix autonome et au respect des valeurs incarnées par la personne qu'au concept, trop restreint, de « personne autonome ». Ainsi l'autonomie de la personne, lorsqu'elle se trouve limitée du fait de la maladie ou d'un handicap sévère (ex : coma, maladie d'Alzheimer...) peut être incarnée dans les choix exercés par l'entourage agissant au nom du respect des valeurs de la personne.

Le courant philosophique anglo-saxon met également en lumière une « éthique du care », éthique de la sollicitude, définie comme un sentiment de responsabilité active et partielle, face à la personne vulnérable. La sollicitude est une qualité par laquelle l'inégalité ou la dissymétrie de la relation dans le soin est compensée par une authentique réciprocité de l'échange. L'homme trouve sa part d'humanité dans sa responsabilité vis-à-vis de l'autre.

La question philosophique posée par la mise en chambre de soins intensifs repose également sur la distinction entre moyen et fin. En tant que moyen thérapeutique, la chambre d'isolement est un outil qui, comme tout outil peut être utilisé à des fins louables ou condamnables. Le rôle du médecin est de discerner le bien escompté futur, pour le patient ou

son entourage, au prix d'un désagrément passager, mal nécessaire à un moment donné pour atteindre la fin recherchée, à savoir la guérison ou au moins le retour à un équilibre le plus harmonieux possible pour le patient

⇒ La mise en chambre de soins intensifs n'est pas bonne ou mauvaise en soi : elle peut être et doit être, dans un fonctionnement normal de la psychiatrie, pensée comme une nécessité, jamais comme une fin en soi mais toujours comme un moyen. On peut citer Cozic pour qui « l'enfermement est un mal en soi, mais dans la perspective du soin, c'est un mal dont il est démontré qu'il peut résulter du bien » (Cozic et al, 1996).

On peut le rapprocher d'autre situation en médecine : plonger un patient dans un coma artificiel prolongé, c'est le priver de sa volonté ; priver un être de sa volonté et de son libre-arbitre est un mal en soi s'il s'entend comme une fin ; c'est en revanche un cheminement nécessaire s'il s'entend comme un moyen pour permettre une amélioration.

Dans des situations extrêmes la responsabilité finale doit être assumée par le médecin après réflexion collégiale. L'inquiétude légitime qui peut sous tendre la question a trait au mauvais usage qu'on pourrait faire de la chambre d'isolement, à des fins non médicales, telles que l'histoire des différents totalitarismes nous en a malheureusement donné plusieurs exemples. Ce mauvais usage n'est pas propre à la chambre d'isolement en tant que telle mais à tous les moyens thérapeutiques, et plus généralement tous les moyens techniques ou non, mis à la disposition de ceux qui ont un savoir dont ils peuvent faire bénéficier ceux dont ils ont la charge, à condition de ne pas le dévoyer en un simple instrument de pouvoir (Comité d'éthique des hôpitaux de Saint Maurice, 2012).

Les justifications éthiques et légales de placer des patients sans leur consentement en isolement ou sous contention exigent, actuellement, la démonstration qu'un recours à un tel traitement constitue en soi le seul qui soit efficace ou le moins restrictif.

Le droit à la vie privée est le concept éthique selon lequel les individus ont le droit de contrôler l'accès à leurs domaines personnels. Les deux domaines de la vie privée reliés aux soins en santé mentale sont l'accès à l'information personnelle et l'accès à l'espace personnel. Le droit à l'intimité dérive de l'autonomie personnelle et du droit à la liberté. Les individus se

sont accordé le droit de contrôler l'accès à eux-mêmes, et à leur information personnelle comme fonction d'autonomie (Olsen, 2010).

Les auteurs à l'origine des principes de bioéthique ont proposé une grille à laquelle se référer en cas de conflit entre ces principes et lorsque la violation d'un ou de plusieurs principes est justifiée. Ainsi la violation d'un principe peut être envisagée si:

- L'objectif qui justifie la violation du/des principes a une probabilité réaliste d'être accompli;
- La violation du principe est nécessaire dans le contexte, sans qu'une autre alternative éthiquement préférable ne soit valable ;
- La violation du principe n'a que peu d'importance dans l'accomplissement de l'objectif;
- L'agent tente de minimiser les effets de la violation du principe.

Les principes éthiques de la North American Bioethics sont considérés comme un modèle acceptable, toutefois il ne s'agit pas du seul modèle. Le modèle du « double effet » a également été décrit lorsqu'un objectif moralement acceptable entraîne des effets nuisibles au cours de son accomplissement. Son utilisation peut être éthiquement acceptable si:

- Le principal objectif de l'action, et l'action en elle-même, est moralement acceptable ;
- Les effets nuisibles ne sont pas intentionnellement poursuivis ;
- Les effets nuisibles ne sont pas l'objectif de l'action et l'effet moralement acceptable n'est pas dans une relation directe de cause à effets avec l'effet nuisible ;
- L'effet recherché est proportionnel aux effets nuisibles.

Ainsi, la justification éthique de l'acte de contention ou d'isolement est inhérente à l'objectif qui est attendu de cette mesure.

XII - TRAUMATISME PSYCHIQUE

Un des objectifs de ce travail de thèse était de rechercher des symptômes de stress post-traumatique en lien avec la mise en chambre de soins intensifs ou la mise sous contention. Il convient donc de faire un rappel de ces notions de traumatisme psychique, stress, et état de stress post-traumatique.

C'est en 1980 que les troubles psycho-traumatiques ont été reconnus dans le DSM-III sous le terme de « Post Traumatic Stress Disorder » (PTSD). Le terme de « Névrose traumatique » a alors été remplacé par celui d'« Etat de Stress Post-Traumatique ». A ce propos, Crocq précise que la « Névrose Traumatique » de la nosographie classique européenne coïncide avec l'« Etat de Stress Post-traumatique » (Crocq, 1999).

Plusieurs auteurs (Barrois 1998, Crocq 1999) s'opposent au terme d'« Etat de Stress Post-traumatique » et lui préfèrent celui de « Syndrome Psycho-traumatique ». Cet avis est partagé par de nombreux cliniciens en Europe. En effet, à l'heure actuelle deux conceptions s'affrontent autour de la psychopathologie traumatique: l'une américaine avec le PTSD et l'autre européenne qui reprend à son compte le concept de névrose traumatique et lui assigne une symptomatologie psycho dynamique.

Dans la conception française, stress et traumatisme psychique sont deux éléments bien distincts mais qui peuvent être confondus. Le stress appartient au registre bio-neuro-physiologique et il entraîne une mobilisation de l'énergie. Le traumatisme psychique quant à lui dépend du registre psychologique, et consiste en une effraction des défenses psychiques, par son absence de sens (Crocq, 2007).

1 - LE STRESS

On peut définir le stress comme la réaction réflexe, neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense, de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée. Ce n'est que s'il est trop intense, trop prolongé ou répété à

de courts intervalles que le stress normal se mue en stress dépassé, sous ses formes sidérées, agitées, de fuite panique et d'action automatique (De Clercq et al, 2001).

2 - LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

Le traumatisme psychique est un phénomène qui se déroule au sein du psychisme, sous l'impact d'un événement potentiellement traumatisant. Le mot « traumatisme » vient des mots grecs anciens *traumatismos*, signifiant action de blesser, et *trauma*, signifiant blessure. On peut définir le traumatisme psychique ou trauma comme un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé, comme victime, témoin ou acteur (Crocq, 2007).

C'est Pierre Janet qui, dans sa thèse de doctorat ès lettres de 1889, *L'Automatisme psychologique*, a cerné le premier ce qu'est le traumatisme psychique : « des excitations liées à un événement violent viennent frapper le psychisme, y pénètrent par effraction, et y demeurent ensuite comme un « corps étranger ». Puis ce corps étranger va donner lieu à une dissociation de la conscience : le souvenir brute de cet événement fait bande à part dans un recoin du préconscient, ignoré de la conscience, et y suscite des manifestations psychiques ou psychomotrices automatiques non délibérées et inadaptées, tandis que le reste de la conscience continue d'élaborer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés » (Janet, 1889).

Quatre ans plus tard, en 1893, dans sa *Communication préliminaire*, Freud reprend à son compte les hypothèses de Janet et désigne la souvenance brute de l'événement par le terme de « réminiscences ». Il pointe les deux aspects du trauma : son aspect dynamique d'effraction au travers des défenses du psychisme, et son aspect absence de signifiant (Freud et al, 1895). En 1920, dans son essai « *Au-delà du principe de plaisir* », Freud va expliciter les aspects dynamiques de sa théorie du trauma (Freud, 1920). Le concept de traumatisme dit-il est donc tout relatif, et dépend du rapport de forces entre les excitations venant du dehors et l'état - constitutionnel et conjoncturel - de la barrière de défenses qui les reçoit (Crocq, 2007).

Ainsi lorsqu'un individu est exposé à une agression ou une menace soudaine mettant en jeu sa vie ou bien son intégrité physique ou mentale, il présente immédiatement, de façon quasi réflexe, une réaction d'alarme, pour faire face à cette agression. On la dénomme « réaction de stress ». Cette réaction ne dure en principe que quelques heures (de 1 à 6 heures et dans certains cas de figure une journée). Elle est le plus souvent normale, adaptative, mais elle peut parfois se révéler pathologique, on la nomme alors « réaction de stress dépassé ».

La période post immédiate qui s'étend en principe du 2^{ème} au 30^{ème} jour requiert une surveillance psychologique attentive et soutenue. En effet, deux éventualités peuvent se présenter : soit les symptômes de la période immédiate s'éteignent progressivement et le sujet n'est plus obnubilé par les souvenirs de l'événement ; soit ces symptômes persistent, tandis que le sujet est toujours obsédé par le souvenir de l'événement, et en outre il commence à souffrir de nouveaux symptômes, psycho traumatiques, tels que reviviscences, troubles du sommeil et anxiété phobique, augurant de l'installation d'une pathologie psycho traumatique durable. C'est ce que l'on va appeler « l'Etat de Stress Aigu » (Acute Stress Disorder ASD). Par ailleurs, il arrive que certaines personnes, qui dans l'immédiat ne ressentaient aucune souffrance, commencent à présenter au bout de quelques jours des signes d'une pathologie psycho traumatique. Cette période post immédiate sera ainsi non seulement le temps de la surveillance de l'évolution clinique, mais aussi celui de l'intervention psychologique différée, à visée préventive ou thérapeutique : débriefing ou intervention psychothérapeutique en post immédiat.

L'installation d'une pathologie psycho traumatique chronique, après une agression ou une catastrophe, se fait le plus souvent au terme de la période post immédiate. Il arrive également que les symptômes psycho traumatiques s'installent de façon échelonnée et que le patient ne consulte que tardivement, quand le syndrome séquellaire est entièrement constitué. Dans la pratique on observe toute une gamme de « syndromes psycho traumatiques différés et chroniques », certains précoces et d'autres tardifs, certains pauci symptomatiques et d'autres multi symptomatiques, certains modérés et d'autres sévères, certains assez bien tolérés et d'autres psychologiquement éprouvants et socialement invalidants. Dans toute cette gamme, le profil clinique de l'état de stress post-traumatique avec ses critères précis tels que définit dans le DSM américain constitue un modèle typique sur lequel les cliniciens peuvent s'accorder.

3 - MODIFICATIONS APORTEES A L'ETAT DE STRESS AIGU ET A L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE PAR LE DSM

En 1980, la troisième version du système nosologique américain DSM (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders) a promu le vocable de post-traumatic stress disorder pour désigner ce que les nosographies européennes reconnaissaient sous le concept de névrose traumatique.

Dans la nosographie européenne classique, le concept de névrose traumatique désignait une affection névrotique développée après une expérience de traumatisme psychique ou trauma.

Dans la nosographie du DSM et dans celle de la CIM-10, le concept d'état de stress post-traumatique désigne une perturbation mentale, supposée être de nature biologique (c'est-à-dire un stress), consécutive elle aussi à une expérience de traumatisme psychique.

En 1994, l'American Psychiatric Association effectue un pas de plus dans la reconnaissance des phénomènes post-traumatiques en validant, dans le DSM-IV, le diagnostic d'Acute Stress Disorder. Le diagnostic de PTSD ne pouvant être établi qu'après une latence d'un mois minimum, les réactions manifestées précocement n'étaient pas tenues en compte. C'est pour combler cette lacune que l'APA adjoint cette nouvelle entité à son manuel.

Cette quatrième version voit également s'élargir le spectre des modes possibles de « traumatisation » : avoir été témoin d'un événement adverse peut produire un trauma. Pour être qualifié de traumatique, l'événement doit avoir suscité un vécu subjectif négatif (sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance).

... DANS LE DSM-5

En 2013, dans la nouvelle édition du manuel appelée DSM-5, l'American Psychiatric Association apporte des modifications significatives aux troubles post-traumatiques, l'ASD et le PTSD. Elle franchit un cap décisif en créant un chapitre distinct pour les troubles consécutifs aux traumatismes et au stress (« Trauma and Stress-Related Disorders »).

Initialement classés dans les troubles anxieux, l'ASD et le PTSD migrent donc vers cette nouvelle catégorie.

Pour que les troubles présentés puissent être qualifiés de stress aigu ou de stress post-traumatique, il est impératif que la personne ait été exposée à un événement adverse (Critère A).

Le DSM-5 ajoute aux événements traumatisants retenus dans le DSM-IV (la mort ou la menace de mort, les blessures graves ou la menace de telles blessures et la menace pour l'intégrité physique), une circonstance spécifique, l'agression sexuelle et la menace d'une telle agression. Alors que le DSM-IV considérait que seules les victimes directes pouvaient souffrir d'un trouble post-traumatique aigu ou chronicisé, la nouvelle version admet qu'un sujet puisse être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe (famille et amis proches) ou parce qu'il a été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles.

Autre changement significatif, le DSM-5 n'exige pas que l'individu ait manifesté une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur face à l'événement. Les études épidémiologiques ont démontré que l'absence de telles émotions diminue légèrement le risque de trouble ultérieur et que leur présence s'avère peu prédictive comparée à d'autres réactions telles que **la colère ou la honte**. Ce critère lié à une réaction émotionnelle a ainsi disparu du DSM-5.

L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Le DSM-IV répartissait les 17 symptômes objectivant l'État de Stress Post-traumatique en trois grands groupes : les reviviscences (critère B), les évitements et l'émoussement de la réactivité générale (critère C) et l'activation neurovégétative (critère D).

Le DSM-5, quant à lui, propose quatre clusters comptabilisant un total de 20 signes cliniques. Pour l'essentiel, ceux-ci sont identiques à la version précédente. Trois symptômes ont été ajoutés ; quelques-uns ont été révisés. L'ensemble évitements/émoussement de la réactivité générale du DSM-IV a été scindé : dorénavant, les évitements constituent le critère

C ; les symptômes d'engourdissement émotionnel auxquels ont été adjoints deux nouveaux symptômes, le blâme persistant par rapport à soi ou à autrui et les émotions négatives persistantes de l'humeur (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte) forment le critère D. Quant au critère E, regroupant les signes témoignant de l'hyperactivation neurovégétative et de l'hyperréactivité, il reprend les symptômes de l'ancien cluster D ainsi qu'un nouvel item, le comportement autodestructeur ou imprudent. Un critère supplémentaire, le critère H, a été ajouté et précise que les troubles ne peuvent être attribués à la prise d'une médication, à un abus de substance psychotrope ou à une maladie.

Autre nouveauté majeure apportée au PTSD dans le DSM-5 : le diagnostic demande de préciser si la personne présente des symptômes dissociatifs de dépersonnalisation et/ou de déréalisation. Les flashbacks et l'amnésie psychogène faisaient déjà partie intégrante du syndrome. Toutefois, certaines victimes manifestent d'autres signes de dissociation, justifiant l'introduction de cette spécification.

Changement important encore, l'élimination de la spécification liée à l'évolution de l'affection. Pour rappel, le DSM-IV établissait une distinction entre le PTSD aigu (durée des symptômes entre 1 et de 3 mois) et le PTSD chronique (persistance des symptômes au-delà de 3 mois).

L'ÉTAT DE STRESS AIGU

En 1994, une nouvelle entité, l'État de Stress Aigu, fait son entrée dans le manuel. Elle englobe tant les réactions de survenue immédiate que les réponses post-immédiates perdurant jusqu'à quatre semaines après l'incident. Reprenant partiellement le tableau du PTSD, l'ASD s'en distingue par des symptômes de dissociation. L'établissement du diagnostic exige qu'au moins trois des cinq troubles dissociatifs suivants soient Si l'accent est ainsi mis sur les symptômes dissociatifs, c'est parce qu'ils sont considérés comme les signes immédiats les plus prédictifs d'un trouble psycho traumatique ultérieur. Or, les études menées depuis près de vingt ans prouvent que la dissociation péri-traumatique n'est pas un facteur prédictif indépendant d'un stress post-traumatique. Plus que la dissociation, c'est l'hyper activation neurovégétative qui semble être le pivot central du développement d'un trouble ultérieur. Partant du constat que la relation entre la réaction aiguë à un événement et une pathologie à

long terme est complexe et non linéaire et compte tenu de l'hétérogénéité des manifestations de stress aigu, la nouvelle définition de l'ASD publiée dans le DSM-5 requiert que soient présents au moins 9 des 14 symptômes possibles, quels que soient les clusters auxquels ils appartiennent : intrusion, humeur négative, dissociation, évitement ou hyper activation. Autrement dit, les victimes d'un événement délétère en état de stress aigu peuvent manifester une gamme de réponses incluant ou non des symptômes dissociatifs (Josse, 2013).

DEUXIÈME PARTIE

I - MATERIEL ET METHODE

Notre recherche s'intéresse au vécu des patients confrontés à la chambre de soins intensifs et à la contention. Afin d'étayer nos propos et de partir de l'expérience clinique, nous avons souhaité rencontrer des patients ayant été confrontés à ces mesures. Il s'agissait en effet d'évoquer avec eux, leur vécu de cette mise en chambre de soins intensifs avec ou sans contentions, et d'évaluer l'impact de celles-ci notamment au niveau traumatique. Ainsi, nous nous avons réalisé une enquête qualitative questionnant le ressenti de ces patients.

1 - OBJECTIFS DE L'ENQUETE

L'objectif principal était :

- De recueillir le vécu des patients ayant été confrontés à la mise en chambre d'isolement et à l'usage (éventuel) de la contention mécanique, a posteriori de leur expérience, à partir d'un questionnaire d'évaluation du ressenti des patients.

Les objectifs secondaires étaient :

- De rechercher des symptômes de stress post traumatique en lien avec cette expérience ;
- De rechercher si un entretien de vécu post-épisode était réalisé de façon systématique ;
- Et de s'interroger sur l'impact de ces mesures vis-à-vis de l'alliance thérapeutique.

2 – METHODE

a - Remarques générales

Cette enquête étant à visée descriptive et compte tenu des limites techniques (moyen et temps nécessaires au recrutement et à la réalisation), le nombre de patients a été

volontairement limité. Nous avons choisi de réaliser une vingtaine d'entretiens avec des patients.

Afin d'appréhender ce vécu, une enquête qualitative et descriptive du ressenti des patients semblait le plus approprié. Cette enquête s'est faite à partir d'un questionnaire d'évaluation du ressenti des patients. Les patients étaient volontaires, un accord tacite était recueilli à l'oral, accord pour le questionnaire et l'utilisation des résultats pour la rédaction d'une thèse. Il n'y avait aucun caractère interventionnel.

Il nous était impossible de recueillir le témoignage du patient au moment où ce dernier était enfermé, il nous a paru intéressant de l'interroger à distance. La majorité des patients rencontrés avaient été en chambre de soins intensifs il y a plus de 7 mois.

Pour l'échelle d'évaluation du PTSD, s'agissant d'une échelle validée, cette dernière n'a pas été modifiée.

Les données n'ont pas été enregistrées, cela ayant été majoritairement refusé par les patients. Si les patients n'étaient plus isolés, ils n'en restaient pas moins fragiles : la présence d'un magnétophone était vécu de façon trop intrusive et persécutrice. Il a été parfois difficile de noter tous leurs propos.

Avant de commencer l'entretien je leur énonçais que leur anonymat serait respecté. Je leur expliquais les buts de l'enquête (mon travail universitaire) et le devenir de leur propos.

Les entretiens étaient réalisés dans les services où les patients étaient au moment de la rencontre, ou dans un bureau de consultation. Les entretiens duraient généralement entre une demi-heure et une heure.

b - Site de recrutement des patients

Afin de maximiser la variété des points de vue, les patients ont été recrutés dans deux centres hospitaliers spécialisés, dans lesquels j'ai travaillé comme interne en Psychiatrie.

- Secteur 1, 2, 3, 4, et 5 de l'hôpital Saint Jacques à Nantes
- Secteur G08 du centre hospitalier Georges Daumezon

c - Critères d'inclusion et d'exclusion

CRITERES D'INCLUSION

- Patient hospitalisé ou non, quel que soit le mode de prise en charge thérapeutique.
- Agé de 18 à 65 ans ;
- Ayant vécu une expérience de mise en chambre de soins intensifs et éventuellement de contention mécanique ;
- En phase de stabilisation clinique (à l'évaluation de son médecin référent) ;
- Présentant un trouble de l'humeur et/ou trouble psychotique.

CRITERES D'EXCLUSION

- Communication impossible (barrière de langage, retard mental, pathologie neurologique, processus démentiel) ;
- Trouble grave de la personnalité (type antisocial ou borderline);
- Refus de répondre au questionnaire.

d - Schéma général d'inclusion des patients

Sur le site de l'hôpital Saint Jacques, la recherche de patients s'est initialement faite par le biais du registre de chambre de soins intensifs (registre où figure les noms de tous les patients ayant été mis en chambre de soins intensifs lors de l'année 2014). Puis je me suis rendue régulièrement dans les différents sites de recrutement tout au long de la période d'inclusion et également en cas d'appel d'un référent médical lorsqu'un patient répondait a priori aux critères d'inclusion. Je n'étais pas impliquée médicalement dans le suivi des patients inclus.

e - Période d'inclusion des patients

La période d'inclusion des patients s'est étendue du 1er mars 2015 au 1^{er} août 2015. Il nous a semblé pertinent de recruter une vingtaine de patients comme dans la plupart des études sur le sujet.

f - Recueil des données

Le recueil des données est réalisé avec le clinicien qui suit le patient et à l'aide du dossier du patient (Annexe 3). Ce recueil des données comprend :

LES DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

- L'âge du patient ;
- Le sexe ;
- Le secteur dont il dépend ;
- Le mode d'hospitalisation du patient ;
- Et le délai entre la sortie du patient de la chambre de soins intensifs et l'entretien.

LES DONNEES CLINIQUES

- Le diagnostic des patients inclus ;
- Les antécédents d'hospitalisation, de mise sous contention et en chambre de soins intensifs ;
- L'indication à une mise sous contention et à une mise en chambre de soins intensifs ;
- La durée de la mise sous contention et de la mise en chambre de soins intensifs ;
- L'utilisation d'une éventuelle sédation et sous quelle forme ;
- Et l'état actuel du patient.

g - Recueil du vécu

Avant la passation du questionnaire, il était demandé au patient d'exprimer son expérience de la mise en chambre de soins intensifs et de la contention de façon ouverte.

h - Questionnaire

Le questionnaire était composé de 2 parties :

- Une première s'intéressait au ressenti des patients vis-à-vis de la contention mécanique si elle a eu lieu (Annexe 4);
- Et la deuxième partie recherchait le vécu de la mise en chambre d'isolement (Annexe 5);

Ce questionnaire a été élaboré en s'appuyant sur un questionnaire QVIP (questionnaire sur le vécu de l'isolement par le patient). Il s'agit d'une échelle expérimentale destinée à quantifier le vécu de l'isolement. Elle consiste en un questionnaire qui comporte neuf items : 4 items évaluent le vécu positif de l'isolement, les 5 autres portent sur le vécu négatif. Notre questionnaire s'en est inspiré, sans le reproduire à l'identique. Il n'existe pas d'étude de validation du questionnaire en français.

Pour ce questionnaire des questions à réponses fermées ont été posées. Cela permet une meilleure reproductibilité du questionnaire si nécessaire et de s'affranchir de la subjectivité de l'interprétation des réponses. L'usage de questions à réponses fermées était également plus simple pour le patient et cela prêtait à moins de confusion.

i - La recherche d'un état de stress post traumatique pour le patient : la post-traumatic checklist scale (PCLS)

A l'issue du questionnaire, on faisait passer au patient l'échelle PCLS (PTSD Checklist Scale) qui permet d'évaluer la sévérité d'un éventuel stress post traumatique. Il s'agit d'une échelle validée (Annexe 6).

L'état de stress post-traumatique est une pathologie fréquente dans la clinique psychiatrique et chez des personnes ayant subi un (ou plusieurs) événement(s) traumatique(s) au cours de leur vie. L'échelle PCLS permet d'évaluer la sévérité de ce stress post traumatique. L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer l'intensité des symptômes de stress post traumatique selon les critères diagnostiques du DSM IV.

La PCLS est composée de 17 items. Le sujet évalue l'intensité de chaque item par rapport à l'évènement traumatique au cours du dernier mois de 1 : « pas du tout » à 5 : « très souvent ». Le score total représente la somme totale obtenue à chacun des 17 items. Il est d'autant plus élevé que la sévérité du syndrome de stress post traumatique est importante. Le seuil de positivité de l'échelle PCLS est fixé à 44 dans la littérature. Le score minimal est 17 et maximal 85. Trois sous échelles peuvent être recherchées :

- Dimension de répétition (somme des items de 1 à 5) ;
- Dimension d'évitement (somme des items de 6 à 12)
- Dimension d'hyperactivité neurovégétative (somme des items de 13 à 17).

La version anglaise a été validée dans plusieurs études (Blanchard et al, 1996 ; Ventureyra, 2002). La version française quant à elle, a été validée chez des sujets ayant subi un évènement traumatique (Yao et al, 2003).

Elle est réalisée auprès du patient en fin de questionnaire afin de ne pas influencer sur celui-ci.

Conclusion

Le recueil des données du patient s'est donc effectué en quatre temps :

- Recueil des données sociodémographiques et cliniques dans le dossier du patient ;
- Puis le patient dans un premier temps peut s'exprimer ouvertement sur le vécu qu'il a de cette expérience ;
- puis dans un deuxième temps il y a la passation du questionnaire ;
- Et enfin passation de l'échelle PCLS.

II - RESULTATS

1 - RESULTATS DES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES

Parmi les 23 patients identifiés pour participer à l'enquête, un patient présentait un état clinique incompatible avec la réalisation d'un entretien, et deux patients ont refusé. Au total 20 patients se sont prêtés à l'enquête.

a - Données sociodémographiques

Remarque : la moyenne correspond à la somme des données divisées par leur nombre, et la médiane est la valeur qui partage ces données en deux parties égales. La moyenne n'est pas toujours le meilleur indicateur, la médiane est souvent plus pertinente.

- Age des patients :
 - Moyenne d'âge des hommes : 41.6 ans
 - Médiane d'âge des hommes : 43.5 ans
 - Age minimal 19ans, âge maximal 59 ans

 - Moyenne d'âge des femmes : 39 ans
 - Médiane d'âge des femmes : 38 ans
 - Age minimal 29ans, âge maximal 51 ans

- Sexe des patients :
 - 16 hommes
 - 4 femmes

- Secteur d'origine :
 - 3 patients relevaient de l'hôpital Georges Daumezon secteur G08
 - 4 patients relevaient de l'hôpital Saint Jacques secteur psychiatrie 1
 - 2 patients relevaient de l'hôpital Saint Jacques secteur psychiatrie 2

- 4 patients relevaient de l'hôpital Saint Jacques secteur psychiatrie 3
 - 6 patients relevaient de l'hôpital Saint Jacques secteur psychiatrie 4
 - 1 patient relevait de l'hôpital Saint Jacques secteur psychiatrie 5
- Mode d'hospitalisation :
- 11 patients étaient hospitalisés en soins à la demande d'un tiers
 - 2 patients étaient hospitalisés en soins à la demande d'un représentant de l'état
 - 7 patients étaient hospitalisés initialement en soins libres. Parmi ces 7 patients hospitalisés initialement en soins libres :
 - 1 patient a été mis en CSI à sa demande et son mode d'hospitalisation n'a pas été modifié ;
 - 1 patient est resté 2 jours en CSI et son mode d'hospitalisation n'a pas été modifié ;
 - Les 5 autres patients ont vu leur mode d'hospitalisation changer, 4 en soins à la demande d'un tiers et un en péril imminent (sans tiers). Cette modification s'est faite dans les 24 heures pour 4 d'entre eux et au bout de 4 jours pour le dernier.
- Délai entre la sortie de CSI et l'entretien :
- Le délai entre la sortie de CSI et l'entretien était majoritairement supérieur à 7 mois ;
 - Le plus court délai était de 5 jours, et le plus long était de 8 ans ;
 - 2 patients ont été vus plus de 10 mois après leur passage en CSI ;
 - 9 patients ont été vus entre 7 et 10 mois après leur passage en CSI ;
 - 4 patients ont été vus entre 3 et 7 mois après leur passage en CSI ;
 - 4 patients ont été vus entre 1 et 3 mois après leur passage en CSI ;
 - 1 patient a été vu moins d'un mois après son passage en CSI ;
 - Le délai moyen post CSI était de 11,035 mois ;
 - La médiane était de 7 mois.

b - Données cliniques

- Diagnostic des patients :
 - 9 patients souffraient de troubles bipolaires ;
 - 10 patients de troubles psychotiques (schizophrènes) ;
 - Et 1 patient présentait un épisode de bouffée délirante aiguë.

- ATCD d'hospitalisation, de mise sous contention et en chambre de soins intensifs :
 - Pour 4 patients il s'agissait de leur 1^{ère} mise sous contention, et pour 6 patients, de leur 1^{er} passage en CSI ;
 - Les 4 patients contenus pour la 1^{ère} fois, il s'agissait également de leur 1^{er} passage en CSI. Parmi ceux-ci, il y avait 3 patients pour qui il s'agissait de leur 1^{ère} hospitalisation en psychiatrie ;
 - Les 15 autres patients avaient déjà été au moins une fois en chambre de soins intensifs.

- Les indications de mise en CSI (celles-ci étaient toutes conformes aux indications de l'HAS) :
 - 13 patients ont été mis en CSI en vue de prévenir d'une violence imminente de celui-ci envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ni appropriés.
 - *Risque de passage à l'acte hétéro-agressif, risque de passage à l'acte auto-agressif, syndrome dissociatif, éléments de persécution, patient délirant, agitation, menace suicidaire, agressivité, insultes...*
 - 2 patients ont été mis en CSI pour prévenir d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins.
 - *Refus des consignes, opposition, mutisme, refus des soins, refus de prendre son traitement...*
 - 4 patients ont été en isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.
 - *Limitations des stimuli, décompensation maniaque, dispersion psychique, sensibilité aux sources d'excitation extérieures...*
 - 1 patient a été mis en CSI à sa demande.
 - *Hallucinations auditives, angoisse, demande d'être protégé.*

- Les indications de mise sous contention :
 - On retrouve principalement la même indication pour tous les patients, à savoir prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui ;
 - Certains patients ont été mis sous contention uniquement aux urgences ou le temps du transfert à l'hôpital psychiatrique.

- Durée de la mise en CSI :
 - La durée moyenne en CSI est de 10,35 jours ;
 - La médiane est de 7,5 jours ;
 - La durée minimale est d'une journée, la durée maximale est de 45 jours.

- Durée mise sous contention : 11 patients ont été mis sous contention sur les 20 rencontrés :
 - 5 patients ont été mis sous contention 1 jour ou moins (uniquement quelques heures, aux urgences et le temps du transfert) ;
 - La moyenne est de 2,3 jours sous contention ;
 - La médiane est de 1,5 jour ;
 - La durée minimale est d'une journée ou moins, et la durée maximale est de 7 jours mais par intermittence.

- Sédation chimique :
 - A chaque fois que les patients étaient mis en CSI, les patients recevaient une sédation supplémentaire, souvent lorsque les patients arrivaient du service des urgences ils recevaient la sédation sur place ;
 - 10 patients ont reçu leur sédation par voie orale ;
 - Et 10 patients ont reçu leur sédation par voie injectable.

- Etat actuel de la prise en charge du patient :
 - 1 patient a été vu lors d'une prise en charge HDJ ;
 - 1 patient lors d'une prise en charge en réhabilitation psycho sociale ;
 - 1 patient lors d'une prise en charge en addictologie ;
 - 6 patients lors d'une hospitalisation séquentielle ;
 - 5 patients lors d'une nouvelle hospitalisation ;

- 3 patients à la fin de l'hospitalisation ayant nécessité un passage en CSI ;
- 3 patients lors d'une consultation prévue à cet effet.

2 - RESULTATS DU RECUEIL DU VECU : RETOUR SUR LES DISCOURS SPONTANES DES PATIENTS

Plusieurs thèmes ressortent spontanément du discours des patients : « *traumatisme* », « *injustice* », « *réduction à l'état animal* », « *cauchemar* »...

Les termes que les patients utilisent pour décrire la chambre de soins intensifs sont les termes de : *cellule, prison, zone, d'oubli, chambre de rétention, incarcération*... Ces termes nous renvoient à une thématique très carcérale.

a - La notion de traumatisme

Les patients utilisent régulièrement le terme de « *traumatisme* » ou « *d'expérience traumatisante* » pour décrire ces mesures. C'est souvent un des premiers mots qu'ils utilisent. « *J'en parle à des personnes qui y ont déjà été, je n'arrive pas à mettre des mots, ils m'ont mal débriefé, c'est avant qu'il fallait en parler, maintenant je suis traumatisé* ». Ou encore « *c'est un véritable traumatisme cette expérience, quand on vit ça on ne peut pas oublier, cela reste ancré dans le mémoire pour toujours, on s'en souvient.* » ; « *Je ne sais pas combien de temps je mettrai pour oublier.* », « *Si j'y pense, c'est traumatisant comme expérience.* », « *Cela m'a marqué au fer rouge* ».

b - La réduction à l'état d'animal

Un patient parle de « *son impression d'être un animal* », notamment avec les « *liens* » (la contention). « *On vous met à l'état animal, on nous prive de notre liberté* ». « *Le fait de devoir faire nos besoins dans un seau c'est très particulier. Je trouve qu'il pourrait au moins installer des WC dans la chambre* » ; « *On fait pipi dans un pot* » ; « *Ce que j'ai déploré c'est l'accès aux toilettes, avoir accès à boire et aux toilettes, je trouve que c'est la dignité* ».

c – Le sentiment d'impuissance

« *Lorsque l'on est attaché, que l'on a la contention aux bras et aux pieds, on est dépourvu de nos gestes et actions. La pression est très forte. On se sent impuissant, c'est une impuissance terrible, on est bloqué, stoppé, dépourvu de tout* ». Une autre patiente exprime un

sentiment similaire : « *Ce qui est embêtant c'est lorsque l'on a envie d'aller aux toilettes, si on est entièrement attaché on ne peut pas sonner, et on est obligé de faire ses besoins sur le lit.* »

d - La perte de notion du temps

« *Je n'avais pas l'heure, pas de montre, mes seules références étaient la douche, les toilettes* » ; « *On perd la notion du temps, c'est terrible* » ; « *Je ne savais plus si on était le matin ou le soir* ».

e – La difficulté du sevrage tabagique

Le sevrage tabagique imposé est difficile : « *Je criais car j'étais en manque de cigarette* » ; « *Le plus dur c'est le manque de cigarettes, et de cannabis* ».

f – Un vêtement stigmatisant

La tenue utilisée en CSI est stigmatisante : « *Une chose qui m'a choquée, c'est que l'on n'a pas nos habits mais le pyjama, une blouse, un short [...] Quand on sort on est stigmatisé dans cette tenue, car on va dans notre chambre en pyjama, en mode « prisonnier », devant le regard des autres patients* ».

3 - RESULTATS DES QUESTIONNAIRES

a - Concernant la mise sous contention

Majoritairement les patients ont un vécu négatif de la contention :

- La mise sous contention n'est pas confortable.

La totalité des patients (11 patients) trouvent que le fait d'être mis sous contention n'est pas confortable et seulement 18% d'entre eux (2 patients) ont été apaisés par cette mesure : « *C'est tout sauf confortable* ». Un autre raconte : « *Etre attaché, je n'aime pas ça, c'est un cauchemar* ». Un patient explique : « *j'ai tellement remué, cela m'a fatigué, épuisé, vidé* ».

- Les patients ressentent de la peur, de la colère et un sentiment d'agression de la part des soignants.

Environ 63% des patients (7 patients) ont ressenti de la peur et de la colère lors de la mise sous contention, et 72% des patients (8 patients) se sont sentis agressés physiquement ou moralement par cette mesure. Un patient explique lors de l'entretien : « *On m'a pris de force* ». Un autre évoque le souvenir de « *3 ou 4 personnes à m'attacher en même temps de force* ». Un 3^{ème} parle « *d'un rapport de force avec les soignants* ». Un patient dit effectivement l'avoir vécu comme une agression : « *j'ai été mis sur le ventre pour une injection, puis sur le dos, ils étaient 8 sur moi* ». Et un autre patient s'est senti « *profondément agressé et réduit à l'état d'animal* ».

- La mise sous contention est une mesure qui peut être douloureuse.

36% des patients (4 patients) ont ressenti une douleur au moment de la mise des contentions. « *Cela serre, et lorsque l'on bouge, cela serre encore plus* » ; « *J'ai un point de vue très négatif sur les contentions, on souffre énormément physiquement et mentalement* » ; « *le fait d'avoir des liens, cela faisait mal* ».

- Les patients se plaignent d'avoir soif.

Majoritairement les patients ont eu soif lors de la contention (72% soit 8 patients). Un d'entre eux a expliqué « *je ne pouvais pas accéder à ma bouteille* » ; « *avoir de l'eau c'était important, il faisait chaud, je suis* ». Un autre raconte « *avec les contentions on est obligé de*

crier ». Un troisième explique : « *de temps en temps, ils me laissaient une main libre, je voulais attraper des choses (bouteille d'eau, urinal..), je n'y arrivais pas et cela m'agaçait* ».

- L'usage de la contention n'est pas considéré comme un soin pour les patients.

Seulement un patient considère l'usage de la contention comme un soin. Les 10 autres patients ne trouvent pas que l'on puisse qualifier la mise sous contention comme un soin. Un patient utilise le terme de « *torture* » pour qualifier la contention. Un autre patient explique que pour lui « *c'est une façon de transporter les gens pour qu'ils ne se blessent pas, ou ne partent pas* ». Et un autre « *cela n'apporte pas grand-chose à part du stress* ». Un autre patient parle de « *barbarie* ». Et un 5^{ème} trouve que « *cela accentue encore plus la détresse psychologique.* »

- Nécessité de mettre en place un entretien post-contention afin de revenir sur cet épisode avec le patient.

54% des patients (6 patients) répondent ne pas avoir eu d'explications concernant leur mise sous contention, et 2 patients (18%) ne s'en souviennent pas.

63% des patients disent ne pas avoir compris la raison de cette mesure (7 patients). « *J'étais en dehors de la réalité, mais est ce qu'il fallait m'attacher ?* » Un autre patient cependant a pu exprimer le fait qu'il avait compris pourquoi il avait été mis sous contention : « *pour ne pas me faire du mal à moi et aux autres* ».

Il semblerait que 91% des patients (10 patients) n'aient pas bénéficié d'entretien de reprise de leur vécu (débriefing) concernant cette mesure, et 72% (8 patients) l'auraient souhaité.

Un patient peut le verbaliser : « *oui j'aurais aimé, cela m'aurait moins traumatisé* ».

- Pour 4 patients (36%), il s'agissait de leur 1^{er} épisode de mise sous contention.

On retrouve chez eux une majorité d'affects négatifs : Ils décrivent de la peur, un inconfort, et une absence d'apaisement. Trois d'entre eux décrivent de la colère, et un sentiment d'agression. Tous disent ne pas avoir reçu d'explication, trois patients expriment le fait de ne pas avoir compris cette mesure, et de ne pas avoir reparlé de cette mesure alors qu'ils l'auraient souhaité.

b - Concernant la mise en chambre d'isolement

- La chambre de soins intensifs n'est pas confortable.

90% des patients (18 patients) ne trouvent pas la chambre confortable. Un patient trouve que c'est « *trop moyenâgeux, archaïque* ». Un autre l'explique par le fait que « *c'est petit, on est face à 4 murs avec juste un petit hublot* ». Un 3^{ème} me répond « *non pas du tout, c'est vide, il y a juste un matelas* ». Un autre patient me dit : « *c'est désagréable car on n'a pas accès à la lumière, et qu'il faut uriner dans le pot* ».

- Les patients ressentent de la peur, de la colère et de la tristesse lors de leur mise en chambre de soins intensifs.

70% des patients (14 patients) ressentent de la tristesse lors de leur mise en isolement.

Un patient parle « *d'amertume, de nostalgie, et de grande frustration* ».

65% (13 patients) ressentent de la peur et 50% (10 patients) de la colère.

Un patient parle de l'impression d'abandon qu'il a eu : « *impression que l'on m'abandonnait, que personne ne s'intéressait à moi* ».

Les patients se sentent moins agressés par la mise en chambre d'isolement que par la mise sous contention. 45% des patients (9 patients) ressentent néanmoins un sentiment d'agression physique ou moral. Parmi ceux-ci, un patient décrit les passages pour les injections intramusculaires et les bilans biologiques comme agressifs : « *pas de résultats, rien, ils rentrent comme ça et repartent* ». Un autre explique « *J'étais dans ma chambre quand 6 infirmiers sont arrivés et m'ont fait une piqûre* ».

- La mise en chambre de soins intensifs est une mesure qui est majoritairement vécue comme une punition.

65% des patients (13 patients) ont vécu cette mise en chambre comme une punition. Le thème de « *l'injustice* » revient régulièrement dans les propos des patients. L'un d'entre eux évoque l'impression « *d'être retranché de l'humanité* ». Une autre parle de « *mise au coin* ». Un patient n'a pas su quoi répondre à cette question.

- Les patients se plaignent principalement de la soif lors de leur séjour en chambre de soins intensifs.

8 patients (40%) répondent avoir eu soif lors de leur passage en chambre d'isolement.

6 patients ont eu froid (30%), 2 patients ont eu chaud (10%) et 5 patients (25%) ont eu faim.

5 patients n'ont rien signalé et 2 patients n'ont pas su répondre.

- L'usage de la chambre de soins intensifs est considéré comme un soin pour une petite majorité de patients.

Effectivement cette mesure représente un soin pour 55% des patients (11 patients). Un patient m'a répondu : « *le soin commence là, une fois que vous avez une chambre, des traitements, de l'eau... s'il fallait passer plus de temps en CSI je le ferais* ».

55% des patients (11 patients) se sont sentis en sécurité dans cette chambre.

65% des patients (13 patients) ont le sentiment que le maintien dans cette chambre les a aidés. « *À être plus calme* » ou bien « *à comprendre que les médicaments sont utiles* ». Un autre patient explique « *cela permet de faire le point, cela m'a aidé à me poser, j'ai besoin de ces moments-là.* » Un 3^{ème} parle du fait que cela l'aide « *à ne pas recommencer (les troubles du comportement)* ». Ou encore un patient qui explique très bien : « *cela m'a aidé à recouvrer mes esprits, et à sortir d'un état maniaque excessif* ». Et encore un autre de me décrire « *il n'y a aucun son qui passe, les seuls sons ce sont les voix intérieures, progressivement ces voix s'amenuisent* ».

Et 50% des patients se sont sentis apaisé par cette mesure : « *Cela me permet d'aller mieux, de me recentrer, de me poser, de m'apaiser* ».

En revanche, seulement 30% (6 patients) se sont sentis protégé par l'utilisation de la chambre d'isolement : « *Cela nous met à l'abri de nous-mêmes* ». Certains patients ne voyaient pas de quoi cette chambre devait les protéger. Et 2 patients n'ont pas répondu à la question.

○ Les patients se sont globalement sentis proche des soignants.

60% des patients (12 patients) se sont sentis proche des soignants lors de leur séjour en chambre d'isolement : « *Les infirmiers viennent souvent, ou même juste pour jeter un coup d'œil, on voit bien que l'on n'est pas complètement lâché dans cette chambre* ».

Les autres patients déplorent le temps que peuvent mettre les soignants à venir lorsqu'ils sonnent, et se plaignent d'un manque de contacts et de communication avec les soignants : « *Quand on les appelle trop, ils ne viennent plus* ». Un autre explique : « *il y a un bouton de sonnette, mais on se demande s'il fonctionne.* », alors qu'un 3^{ème} me dit « *il n'y a pas de possibilité d'être aidé, il n'y a pas de sonnette* ». Un autre patient parle de son « *impression que les soignants faisaient exprès de ne pas répondre à mes demandes, souvent ce sont des demandes impérieuses.* »

Une patiente insiste sur cette question : « *J'aurais aimé que quelqu'un puisse s'asseoir à mes côtés, si j'avais pu parler, être écouté [...] C'est ça qui m'a manqué, un temps de parole. Si on est en CSI c'est qu'il y a une raison, mais je ne savais pas laquelle (pour ma part), le dialogue c'est primordial, on a tous besoin de dialogue, peu importe le patient, la pathologie. Ils étaient tous debout autour de moi. Si quelqu'un s'était assis à mes côtés, je pense que c'est vraiment bénéfique pour les patients* ».

○ Nécessité de mettre en place un entretien post-CSI afin de revenir sur cet épisode avec le patient.

50% des patients (10 patients) répondent ne pas avoir eu d'explications concernant leur mise sous contention, et 2 patients (10%) ne s'en souviennent pas.

60% des patients disent ne pas avoir compris la raison de cette mesure (12 patients) : « *On ne m'a rien expliqué, quand j'étais dans cette chambre. Je suis traumatisé moi, j'ai un mauvais souvenir, je sais que j'en avais besoin, mais je ne pensais pas que cela irait jusque-là* » ; « *au début ils ne vous expliquent rien, ils vont très vite, ou alors je n'étais peut être pas enclin à recevoir les explications* ».

Il semblerait que 75% des patients (15 patients) n'aient pas bénéficié d'entretien de reprise de leur vécu (débriefing) concernant cette mesure, et 60% (12 patients) l'auraient souhaité :

« Oui pour ne pas être traumatisé, c'est trop tard le mal est fait » ; « Ils m'ont mal débriefé, cela m'aurait beaucoup aidé. C'est avant qu'il fallait en parler, maintenant je suis traumatisé ».

En revanche, seulement 30% des patients seraient intéressés par la mise en place d'un groupe de parole post-CSI : *« Le groupe de parole c'est dur, il ne faudrait pas que cela soit obligatoire ».*

- Cette mise en chambre de soins intensifs ne semble pas influencer sur l'alliance du patient.

80% des patients (16 patients) affirment être d'accord pour être ré hospitalisé si les troubles revenaient. D'ailleurs, 1 patient a été vu lors d'une prise en charge HDJ, 1 patient lors d'une prise en charge en réhabilitation psycho sociale, 6 patients lors d'une hospitalisation séquentielle, et 5 patients lors d'une nouvelle hospitalisation.

Pour 4 patients cependant, cela joue sur les hospitalisations ultérieures : *« j'ai eu du mal à venir cette fois ci, je pensais que cela serait pareil ».*

- Pour 6 patients (30%) il s'agissait de leur 1^{er} passage en chambre de soins intensifs.

On retrouve chez une majorité d'entre eux (5/6) un grand nombre d'affects négatifs : de la peur, de la colère, de la tristesse, et un sentiment de punition. L'inconfort a été ressenti par tous. Cinq patients sur six ne se sont pas sentis en sécurité, ni protégés, ni apaisés et ne se sont pas sentis proche des soignants. Ils n'en n'ont pas reparlé et auraient souhaité pouvoir le faire.

4 - RESULTATS DE L'ECHELLE PCLS

Malgré l'utilisation récurrente du terme de traumatisme par les patients, les résultats de l'échelle PCLS ne retrouvent pas d'éléments cliniques en faveur d'un état de stress post traumatique à proprement parler (tel qu'il est décrit dans le DSM-IV).

Cela n'enlève en rien au fait que le vécu des patients ait pu être traumatisant.

- Résultats de l'échelle PCLS :
 - Le seuil de positivité de l'échelle PCLS est fixé à 44 ;
 - Aucun patient n'a présenté un score > ou = à 44 ;
 - Le score minimal retrouvé était de 17, le score maximal 32.

a - Entretien avec M. S.

M. S. âgé de 33ans, et souffrant d'une schizophrénie paranoïde, est hospitalisé pour une nouvelle décompensation psychotique. Il s'est présenté de lui-même aux urgences, et a été admis en soins libres. A son arrivée dans l'unité le patient a intégré une chambre « classique ». Un mois après son arrivée dans l'unité, le patient présentant des hallucinations auditives générant une angoisse importante, il demande à être protégé et à être conduit en chambre de soins intensifs. Le traitement du patient est augmenté et le patient est resté en chambre de soins intensifs pendant 5 jours. Il n'a pas été mis sous contention.

Le patient évoque cet épisode comme « *désagréable car on n'a pas accès à la lumière, et qu'il faut uriner dans le pot, mais cela me permet d'aller mieux, de me recentrer, de me poser, de m'apaiser* ».

- 1) Cette mise en CSI vous a-t-elle fait peur ? « *Non.* »
- 2) Avez-vous ressenti de la colère ? « *Non.* »
- 3) Avez-vous ressenti de la tristesse ? « *Non.* »
- 4) La CSI était-elle confortable ? « *Non, il faudrait un oreiller.* »
- 5) Avez-vous eu froid ? Chaud ? Soif ? Faim ? « *J'ai eu soif.* »
- 6) La mise en CSI était-elle une punition ou l'avez-vous vécu comme tel ? « *Non.* »
- 7) Vous êtes-vous senti en sécurité ? « *Oui.* »
- 8) Est-ce que la mise en CSI vous a protégé ? « *Oui.* »
- 9) Est-ce que cela vous a aidé ? « *Oui.* » En quoi ? « *A aller mieux.* »
- 10) Vous êtes-vous senti apaisé par la CSI ? « *Oui.* » A quoi était du cet apaisement ? uniquement à la CSI ou bien au traitement également +/- contention ? « *A la CSI.* »
- 11) Vous êtes-vous senti agressé physiquement ou moralement ? « *Non.* »
- 12) Vous êtes-vous senti proche des soignants ? Avez-vous pu communiquer avec eux facilement ? « *Oui.* »
- 13) Vous a-t-on expliqué les raisons de la décision de cet isolement ? « *A ma demande.* »
- 14) Est-ce que cela représente un soin pour vous ? « *Oui.* »

- 15) Avez-vous pu en reparler avec un médecin après la sortie de CSI ? « *Non.* » L'auriez-vous souhaité ? « *A un médecin oui mais pas en groupe, cela me concerne.* »
- 16) Est-ce que vous seriez d'accord pour être à nouveau hospitalisé si les troubles revenaient ? « *Oui.* »

b – Entretien avec Mme B.

Mme B. âgée de 33ans, présentant un trouble bipolaire, hospitalisée en SDT pour une décompensation maniaque, dans un contexte de rupture thérapeutique. Il ne s'agissait pas de sa première hospitalisation en psychiatrie mais c'était la première fois qu'elle allait en chambre de soins intensifs. Elle n'a pas été mise sous contention.

« Il ne s'agit pas de ma première hospitalisation, mais c'est la première hospitalisation suite à un arrêt de traitement aussi long (4 mois), en vue d'une grossesse. Je n'ai aucun souvenir du début d'hospitalisation. J'avais une absence totale de sommeil et j'étais tachypsychique (avec des idées incongrues).

Cette mise en chambre de soins intensifs, je l'ai vécue comme une mise en cellule, j'ai été mise dans cette chambre pendant 15jours ? 3 semaines ? Avec l'absence de sommeil et la stimulation de la part des autres patients envenimant la situation. Sur le coup j'ai juste eu le réveil dans une salle fermée. Mon premier sentiment a été une incompréhension totale ! Une fois en chambre d'isolement, ma première réaction a été de voir où j'étais, j'ai vu ma valise dans le sas, je n'ai pas compris pourquoi je n'avais pas accès à mes affaires personnelles. Je ne savais pas où il fallait sonner, c'était très humiliant, même si je n'ai pas retenu où était la sonnette il faut me le redire ou mettre un mot pour l'indiquer.

Je suis une patiente très docile, c'est d'autant plus humiliant. Je n'ai aucune idée de combien de temps j'y suis restée. Je n'ai pas eu d'explication du corps médical. La compréhension est déjà difficile, il y a un manque de bienveillance. Si je devais proposer des améliorations, je comprends qu'il faille un lieu ultra neutre et qu'il faille enlever les effets personnels, mais on est trop coupé de l'espace de soins, c'est une zone d'oubli, il faut plus de venues des soignants.

Mon premier souvenir est que j'ai été conduite de force (j'ai trouvé en tout cas) à me faire laver par une soignante, en plus ce souvenir est associé au plaisir d'avoir enfin accès au sas. Il faudrait avoir accès à la salle de bain en permanence, se laver fait partie des rituels quotidiens. Je n'ai pas le souvenir qu'il y ait une fenêtre. Je n'ai pas le souvenir d'avoir vu les jours et les nuits. Cette petite fenêtre (l'oculus) c'est vraiment une image asilaire, ce n'est pas très engageant, on s'imagine dans des films. Je ne remets pas en cause cette chambre, mais j'ai eu un sentiment d'incompréhension, et d'humiliation, et surtout il y a un manque de communication.

C'est une expérience traumatique, mais je n'en ai pas gardé des séquelles. C'est un choc lié à l'incompréhension. Ce qui m'a le plus perturbée, c'est qu'une fois sortie pour aller dans ma chambre, j'ai vu des patients aller en chambre d'isolement, j'en ai vu un surtout (un patient antipathique qui a essayé de fuguer), ce n'était pas le patient docile, cela m'a renvoyé une mauvaise image de moi, de violence vis-à-vis du corps médical alors que je n'étais pas violente. C'est visible par les autres patients et cela m'a perturbée.

Une chose qui m'a choquée, c'est que l'on n'a pas nos habits mais le pyjama, une blouse, un short... avec des noms différents (Picasso, Georges..) je ne comprenais pas, j'ai eu une angoisse de camp de réfugiés juifs (délire), cela m'a déclenché des angoisses. Quand on sort on est stigmatisé dans cette tenue, car on va dans notre chambre en pyjama, en mode « prisonnier », devant le regard des autres patients.

Cela donne une impression de dernier recours, cela signe un aveu d'incompétence du soignant car il y a quand même la camisole chimique comme moyen d'apaisement.

Le problème n'est pas tant la chambre d'isolement mais le mélange de pathologies très différentes, c'est une communauté bancale, avec une violence latente. Ce n'est pas un espace de repos, j'ai eu accès une fois à une clinique privée où je me suis reposée. Le problème est plus complexe, c'est le mélange de population.

Qu'est ce qui s'est passé ? C'est traumatisant de ne pas savoir. C'était la première fois, et cela est à prendre en compte. Ma première hospitalisation c'était de mon propre fait j'étais très fière.

En sortant de cette chambre je devais aller devant le juge des libertés et de la détention, je n'ai rien compris. C'était associé à cette histoire d'enfermement. Personne ne me l'a expliqué « ne vous inquiétez pas c'est la procédure ». Ma famille n'avait pas plus d'info, j'ai trouvé qu'il y a avait un problème, ce n'est pas rassurant. Les transmissions ne sont pas évidentes. J'ai un sentiment de honte si cela se savait. »

- 1) Cette mise en CSI vous a-t-elle fait peur ? *« Oui, mais plutôt au réveil, la prise de conscience, car je n'ai pas le souvenir de la mise en chambre de soins intensifs. »*
- 2) Avez-vous ressenti de la colère ? *« Oui, surtout à la sortie de cette chambre. »*
- 3) Avez-vous ressenti de la tristesse ? *« Non. »*
- 4) La CSI était-elle confortable ? *« Non, cela n'a rien d'une chambre, il n'y a même pas un lit, mais deux matelas très lourds. »*
- 5) Avez-vous eu froid ? Chaud ? Soif ? Faim ? *« Je n'en ai aucun souvenir, je n'avais pas trop de notion de mon corps. »*
- 6) La mise en CSI était-elle une punition ou l'avez-vous vécu comme tel ? *« Oui comme une mise au coin. »*
- 7) Vous êtes-vous senti en sécurité ? *« Non, je n'avais aucun point de repère, aucune information. »*
- 8) Est-ce que la mise en CSI vous a protégé ? *« De quoi ? »*
- 9) Est-ce que cela vous a aidé ? En quoi ? *« En sortant non, avec du recul certainement (avec le témoignage des médecins et de ma famille). »*
- 10) Vous êtes-vous senti apaisé par la CSI ? A quoi était du cet apaisement ? uniquement à la CSI ou bien au traitement également +/- contention ? *« Non. »*
- 11) Vous êtes-vous senti agressé physiquement ou moralement ? *« Oui avec l'épisode de la douche forcée et le pot dans la chambre. »*
- 12) Vous êtes-vous senti proche des soignants ? Avez-vous pu communiquer avec eux facilement ? *« Globalement c'est une super équipe, après ça dépend. »*
- 13) Vous a-t-on expliqué les raisons de la décision de cette contention ? L'avez-vous comprise ? *« je l'ai su mais en sortant. »*
- 14) Est-ce que cela représente un soin pour vous ? *« Non, peut-être plus un isolement ponctuel sur la journée. »*
- 15) Avez-vous pu en reparler avec un médecin après la sortie de CSI ? L'auriez-vous souhaité ? *« J'ai des souvenirs très précis de l'après, je me revois posant plein de*

questions et de ne pas avoir de réponses, et ça j'ai trouvé ça dommage, que le médecin n'en parle pas. Je n'avais aucune info, même une fois que j'étais apte à les comprendre. »

- 16) Est-ce que vous seriez d'accord pour être à nouveau hospitalisé si les troubles revenaient ? « *Oui, je sais que ça me ré arrivera. »*

c – Entretien avec M. D.

M. D. âgé de 50ans, présentant un trouble bipolaire, a été hospitalisé en SDT pour nouvelle décompensation maniaque. Il a été mis sous contention dès son passage aux urgences.

« C'est le passage aux urgences qui m'a choqué, et l'arrivée ici dans l'unité, le fait de me retrouver attaché. »

Sinon la chambre de soins intensifs, je l'ai demandée plusieurs fois (je connais Saint Jacques depuis 1993), donc je ne vais pas dire que cela ne me va pas. J'ai déjà demandé cette chambre pour me poser. Pour moi c'est reposant. Je ne suis pas du genre à taper dans les murs. Par contre c'est vrai qu'il vaut mieux avoir un bon sommeil. De ce côté-là moi ça va. Aux urgences on m'a dit « vous allez dormir », je pensais uniquement pendant le transport. A partir du moment où l'on m'attache je commence à crier. Je savais comment cela allait se passer, j'étais déjà passé par là. Aux urgences ils vous entourent à 7 ou 8 personnes et ils lèvent les barres du lit, vous comprenez vite.

Le mieux cela serait de faire s'allonger les patients, puis une injection, puis de les attacher. Au bout d'un moment le fait d'être attaché c'est insupportable. Quand vous vous réveillez vous vous dites j'espère qu'ils vont venir.

Par contre vous n'avez pas beaucoup de chambre de soins intensifs à l'hôpital, il y a du passage, la dernière fois il y en a un qui est arrivé dans la nuit et est reparti le matin, cela m'a réveillé ».

La contention

« C'est plus quand on se réveille et que l'on veut être détaché et que cela ne vient pas ».

- 1) Avez-vous ressenti une douleur physique en rapport avec la contention ? « *Non, pas cette fois-là, mais précédemment oui. Les premières fois ils se mettaient à 5 ou 6 pour m'attacher, et ils n'étaient pas très doués, ils se demandaient « tu fais comment ? » ».*
- 2) Cette mise en contention vous a-t-elle fait peur ? « *Non, pas du tout, je ne m'y attendais pas ».*
- 3) Avez-vous ressenti de la colère ? « *Non, pas cette fois ci, j'étais sédaté quand je suis arrivé ».*
- 4) La contention était-elle confortable ? « *Non, cela dépend de l'état d'agitation de la personne ».*
- 5) Avez-vous eu froid ? Chaud ? Soif ? Faim ? « *Non ».*
- 6) Vous êtes-vous senti apaisé par la contention ? A quoi était du cet apaisement ? Uniquement à la contention ou bien au traitement également ? « *Non, quand je suis en chambre d'isolement je n'ai pas besoin d'être attaché ».*
- 7) Vous êtes-vous senti agressé physiquement ou moralement ? « *Oui, physiquement et moralement ».*
- 8) Vous a-t-on expliqué les raisons de la décision de cette contention ? « *Non, au moment où on m'attachait on ne m'a pas dit ».* L'avez-vous comprise ? « *Non, cela aurait été plus simple si les policiers m'avaient dit que j'allais à Saint-Jacques ».*
- 9) Est-ce que cela représente un soin pour vous ? « *Pour certaines personnes peut être, pendant le transport oui, quand on est allongé ».*
- 10) Avez-vous pu en reparler avec un médecin après la levée de la contention ? « *J'ai dû en parler car j'ai vu des médecins ».* L'auriez-vous souhaité ? « *Oui cela aurait été pas mal car sur ce coup-là je n'ai pas tout compris. Notamment les cadenas sur les matelas ? Mais là vous m'expliquez ».*

La mise en chambre de soins intensifs

- 1) Cette mise en CSI vous a-t-elle fait peur ? « *Non, pas du tout, cela ne me fait pas peur* ».
- 2) Avez-vous ressenti de la colère ? « *Non, car j'étais sédaté* ».
- 3) Avez-vous ressenti de la tristesse ? « *Non* ».
- 4) La CSI était-elle confortable ? « *Oui, moi j'aime bien, le lit je le trouve bien* ».
- 5) Avez-vous eu froid ? chaud ? soif ? faim ? « *J'ai eu froid et faim, c'est lié, si vous mangez vous aurez moins froid* ».
- 6) La mise en CSI était-elle une punition ou l'avez-vous vécu comme tel ? « *Une punition oui, quand j'arrive ici je me demande toujours ce que j'ai fait, la dernière fois j'avais fait un peu le con sur le périphérique, cette fois ci je ne sais pas* ».
- 7) Vous êtes-vous senti en sécurité ? « *Oh oui, il ne peut pas vous arriver grand-chose* ».
- 8) Est-ce que la mise en CSI vous a protégé ? « *Oui c'est de la protection, une forme de protection* ».
- 9) Est-ce que cela vous a aidé ? « *Oui* ». En quoi ? « *Cela permet de faire le point, cela m'a aidé à me poser, c'est pour cela que je voulais y rester, j'ai besoin de ces moments-là* ».
- 10) Vous êtes-vous senti apaisé par la CSI ? A quoi était du cet apaisement ? uniquement à la CSI ou bien au traitement également +/- contention ? « *Oui, la chambre de soins intensifs m'apaise, une fois détaché* ».
- 11) Vous êtes-vous senti agressé physiquement ou moralement ? « *Non, pas du tout la dernière fois* ».
- 12) Vous êtes-vous senti proche des soignants ? Avez-vous pu communiquer avec eux facilement ? « *Oui, le contact est facile* ».
- 13) Vous a-t-on expliqué les raisons de la décision de cet isolement ? « *Non, pas vraiment il faudrait que l'on me réexplique, si vous avez le temps* ». L'avez-vous comprise ? « *Non* ».
- 14) Est-ce que cela représente un soin pour vous ? « *Oui, on peut dire ça une fois les contentions enlevées. Le soin commence là, une fois que vous avez une chambre, des traitements, de l'eau etc... S'il fallait passer plus de temps en CSI je le ferai* ».
- 15) Avez-vous pu en reparler avec un médecin après la sortie de CSI ? « *Non, pas vraiment* ». L'auriez-vous souhaité ? « *Non, la CSI je connais, c'est un soin, pas* ».

besoin d'en reparler ». En groupe ? *« Oui cela m'intéresserait d'avoir l'avis des autres patients, savoir s'ils le vivent comme moi, si je le vis différemment des autres. Oui cela m'intéresserait, comme une réunion soignant soigné »*.

- 16) Est-ce que vous seriez d'accord pour être à nouveau hospitalisé si les troubles revenaient ? *« Oui »*.

d – Entretien avec M. C

M. C, âgé de 44ans, présentant une schizophrénie paranoïde, a été hospitalisé en SDT, pour agitation au domicile. A son arrivée, le patient est dans l'opposition et mutique. Il refuse les consignes données. Il a également pris des toxiques à son domicile. Il s'agissait de sa 1^{ère} hospitalisation. Il a été mis sous contention.

« J'ai été en CSI pendant un mois et demi, j'étais déconnecté de la réalité. C'est un mauvais souvenir. Pour moi, c'est l'enfermement, on n'a plus la notion du temps, je ne savais plus si on était le matin ou le soir. C'est un passage à vide sauf que cela dure longtemps. Il y a un lit et c'est tout. Je me suis retrouvé attaché aussi, c'était très dur ».

La contention

- 1) Avez-vous ressenti une douleur physique en rapport avec la contention ? *« Non, juste le fait d'être serré, je ne comprenais pas pourquoi on m'attachait »*.
- 2) Cette mise en contention vous a-t-elle fait peur ? *« Oui, beaucoup je me demandais ce qui se passait »*.
- 3) Avez-vous ressenti de la colère ? *« Non, je me laissais faire je lâchais prise »*.
- 4) La contention était-elle confortable ? *« Non, pas du tout »*.
- 5) Avez-vous eu froid ? Chaud ? Soif ? Faim ? *« J'ai eu froid, soif et faim »*.
- 6) Vous êtes-vous senti apaisé par la contention ? A quoi était du cet apaisement ? uniquement à la contention ou bien au traitement également ? *« Non, pas du tout »*.
- 7) Vous êtes-vous senti agressé physiquement ou moralement ? *« Oui, comme une agression, on m'a pris de force »*.
- 8) Vous a-t-on expliqué les raisons de la décision de cette contention ? L'avez-vous comprise ? *« Non, je ne comprenais pas »*.

- 9) Est-ce que cela représente un soin pour vous ? « *Non, pas du tout, je n'en garde pas un bon souvenir, je n'ai pas envie de recommencer* ».
- 10) Avez-vous pu en reparler avec un médecin après la levée de la contention ? L'auriez-vous souhaité ? « *Avec des infirmiers oui, je suis actuellement à l'hôpital de jour, on l'évoque parfois. J'étais en dehors de la réalité mais est ce qu'il fallait m'attacher ? Ils auraient pu me laisser tel quel. Il faut oublier mais, j'ai du mal à oublier* ».

La mise en chambre de soins intensifs

- 1) Cette mise en CSI vous a-t-elle fait peur ? « *Oui, le fait d'être enfermé sans pouvoir ouvrir la porte* ».
- 2) Avez-vous ressenti de la colère ? « *Oui, au début avant de lâcher prise* ».
- 3) Avez-vous ressenti de la tristesse ? « *Oui, je suis passé par tous les états, différentes phases* ».
- 4) La CSI était-elle confortable ? « *Non, pas du tout* ».
- 5) Avez-vous eu froid ? chaud ? soif ? faim ? « *Oui, tout, la faim me tenaillait, j'aurais bien mangé plus* ».
- 6) La mise en CSI était-elle une punition ? ou l'avez-vous vécu comme tel ? « *Oui, je l'ai vécu comme telle, par rapport aux autres patients, je me demandais ce que j'avais fait pour me retrouver là* ».
- 7) Vous êtes-vous senti en sécurité ? « *Non, pas vraiment, j'avais peur des infirmiers, qu'ils viennent pour me tuer* ».
- 8) Est-ce que la mise en CSI vous a protégé ? « *Non* ».
- 9) Est-ce que cela vous a aidé ? En quoi ? « *Non, pas pour moi, ou peut-être un peu avec le temps, avec le recul. Pour moi c'est un passage pas agréable du tout* ».
- 10) Vous êtes-vous senti apaisé par la CSI ? A quoi était du cet apaisement ? uniquement à la CSI ou bien au traitement également +/- contention ? « *Non* ».
- 11) Vous êtes-vous senti agressé physiquement ou moralement ? « *Oui, il n'y a pas de décoration, rien, juste un vieux mur, et un bouton de sonnette mais on se demande s'il fonctionne* ».
- 12) Vous êtes-vous senti proche des soignants ? Avez-vous pu communiquer avec eux facilement ? « *Non, pas du tout je les prenais comme une menace* ».
- 13) Vous a-t-on expliqué les raisons de la décision de cet isolement ? « *Oui, mais je ne le comprenais pas* ». L'avez-vous comprise ? « *Avec le temps je le comprends* ».

- 14) Est-ce que cela représente un soin pour vous ? « *Non, pour moi pas du tout* ».
- 15) Avez-vous pu en reparler avec un médecin après la sortie de CSI ? « *Non* ». L'auriez-vous souhaité ? « *Oui, c'est toujours présent, cela fait du bien quelque part d'en parler* ». En groupe ? « *Pourquoi pas* ».
- 16) Est-ce que vous seriez d'accord pour être à nouveau hospitalisé si les troubles revenaient ? « *Oui, j'en aurai besoin, mais cela dépend de l'unité, cela serait douloureux encore. Cela m'a marqué au fer rouge, c'est un moment important de ma vie que j'ai passé. C'est derrière moi, les rêves cela m'arrivait avant mais plus maintenant. Plus le temps passe et plus je me rappelle, plus les souvenirs sont précis* ».

III - DISCUSSION

Nous allons maintenant revenir sur ces différents résultats et proposer des pistes pour faire évoluer nos pratiques.

1 - LE RECUEIL DU VÉCU DES PATIENTS

Il s'agissait principalement d'un temps d'échange avec les patients. Ces derniers semblent avoir apprécié ce moment. Certains ont admis que cela leur avait fait du bien de pouvoir en reparler. Ils gardent malgré tout un vécu négatif de l'usage de la contention et de la mise en chambre d'isolement.

2 – QUESTIONNAIRES

a - Interprétation des résultats

L'utilisation d'un questionnaire avec des questions fermées a engendré un biais, cela a pu influencer le patient dans ses réponses. Par exemple, si on demande au patient s'il a eu peur, on risque d'orienter sa réponse, alors que de lui-même il n'y aurait peut-être pas pensé. Ceci est à prendre en compte dans l'interprétation des résultats.

Il faut également noter, que les patients ayant refusés de participer à l'enquête, sont potentiellement des patients ayant un vécu plus péjoratif de ces mesures. On peut penser que leur participation à l'enquête aurait renforcée ce vécu négatif.

b - Comparaison des données à celles de la littérature

La lecture de diverses études (Fisher, 1994), (Robins et al, 2005), (Frueh et al, 2005), (El-Badri et al, 2008), (Mayers et al, 2010), le plus souvent qualitatives et descriptives, retrouve une prédominance de sentiments négatifs attachés au vécu de l'isolement et de la contention. On observe majoritairement :

- Des sentiments d'anxiété, de peur, d'impuissance, ou d'abandon ;

- Un vécu traumatique ;
- Des sentiments d'amertume, d'hostilité, de colère ou de vengeance ;
- De culpabilité ;
- Une incompréhension du motif de mise en isolement, un sentiment d'injustice, un vécu punitif, un manque d'information ;
- Un manque de confort.

Certains patients lui trouvent néanmoins un effet apaisant et protecteur.

⇒ Les résultats de notre enquête sont en grande partie en adéquation avec ceux de la littérature. Majoritairement les patients ont un vécu négatif de la mise sous contention et en chambre de soins intensifs. Lors de la mise en chambre d'isolement, l'intérêt thérapeutique de celle-ci est plus palpable pour les patients, avec une prise en compte de la dimension soignante.

3 - RECHERCHE DE SYMPTOMES DE PTSD

a - Interprétation des résultats

L'échelle utilisée (PCLS) étant une échelle validée, celle-ci n'a pas été modifiée. Les patients devaient y répondre en choisissant parmi 5 éléments de réponse : « pas du tout, un peu, parfois, souvent, très souvent ». Ce type d'échelle a pu entraîner une certaine confusion chez les patients.

Certaines questions ont dû être précisées pour les patients : notamment les questions 9, 13, 14 et 15 auxquelles certains patients auraient pu répondre par l'affirmative, mais cette perturbation clinique n'était pas en lien avec leur passage en chambre de soins intensifs, mais du fait de leur pathologie psychiatrique.

b - Revue de la littérature

En 2005, Frueh et ses collaborateurs ont publié une étude qualitative rétrospective menée dans un hôpital psychiatrique d'une capacité de 100 lits, en Caroline du Sud (Frueh et

al, 2005). Durant 2 ans (de 2002 à 2004), ont été inclus de façon randomisée 25% des patients admis, présentant un diagnostic de pathologie mentale sévère, et ayant déjà un antécédent d'hospitalisation. Lors d'un entretien mené par un enquêteur formé, ils ont répondu à un questionnaire élaboré pour l'étude, regroupant 36 items explorant les expériences douloureuses ou traumatiques d'évènements ayant eu lieu durant l'hospitalisation, une semaine après le déroulement de l'évènement et depuis. Ils ont passé deux échelles (la *Trauma Assessment for Adults-Self Report Version* et la *Post-Traumatic Stress Disease Checklist* auto-évaluation).

Sur les 156 patients randomisés, 142 ont accepté la passation du questionnaire (91% de taux de participation), les 14 refus étant justifiés ou par un manque d'intérêt, ou par la crainte du stress occasionné par l'étude.

- Sur 84 patients isolés (59%), 40 (48% d'entre eux) ont rapporté un haut niveau de stress dans la semaine ayant suivi l'épisode, mais seulement 15 (18%) en faisait encore état au moment de l'étude ;
- Sur 48 patients contenus (34%), 25 (52% d'entre eux) expriment un haut niveau de stress dans la semaine qui a suivi l'épisode, mais seulement 7 (15%) au moment de l'étude ;

Une étude plus récente, parue en 2013 (Steinert et al, 2013), s'est appuyée sur les résultats de cette étude. Les auteurs ont interrogé environ 60% des patients de l'étude originale, 18 mois après. Cette étude suggérait que l'isolement pouvait être une alternative moins restrictive que la contention pour les patients. L'incidence de PTSD retrouvée était plus basse que celle attendue. Les patients ont déclaré avoir eu un large éventail de sentiments négatifs au cours de l'épisode, les plus fréquents étant l'impuissance, la tension, la peur et la rage. Toutefois plus de la moitié des patients ont également rapporté des effets positifs.

- ⇒ On retrouve donc dans la revue de la littérature des données similaires aux résultats de notre enquête. C'est plutôt rassurant de ne pas retrouver de PTSD franc à distance de ces épisodes. Il faut noter tout de même que le caractère traumatique d'un événement est aussi déterminé par la perception subjective propre à chaque individu et non purement dans la réalité objective de l'évènement. Le potentiel traumatique est lié aux aspects négatifs du vécu.

Des entretiens post-isolement devraient donc être menés au décours de l'événement de MCI puis à distance pour dépister et prévenir l'apparition de troubles de la lignée post traumatique.

Il est également important de ne pas sous-estimer le fait que, l'aspect traumatique de la mise sous contention et en chambre de soins intensifs, peut s'intégrer dans une expérience tout aussi traumatisante : celle de la décompensation psychotique. L'impact spécifique de la mise sous contention/chambre de soins intensifs est alors difficile à déterminer. Pour les patients, l'expérience hallucinatoire, les événements violents précédents la prise en charge à l'hôpital, et l'hospitalisation sous contrainte dans une unité fermée, sont des facteurs qui peuvent être autant (voire plus) impliqués que les mesures coercitives, dans la survenue de symptômes de stress post-traumatique (Connor, 2014 ; Meyer et al, 1999 ; Shaw et al, 1997).

4 - ENTRETIENS POST-CSI

En 1992, Norris publie une étude qui s'attache à la perception qu'ont les patients de l'isolement, et conclue, que l'entretien de reprise à la sortie de cet isolement, peut être un des dispositifs les plus importants dont dispose le soignant, pour aider le patient à diminuer l'impact émotionnel de l'isolement (Norris et al, 1992).

Deux ans plus tard, dans la revue de la littérature effectuée par Fisher (Fisher, 1994), on retrouve plusieurs articles qui évaluent le vécu de la contention et de l'isolement par les patients. Certaines études concluent que la contention et l'isolement peuvent faire naître chez les patients de forts sentiments de colère qui doivent absolument être désamorcés par un entretien de débriefing au décours de la levée de la mesure.

D'autres études réalisées ultérieurement, retrouvent des résultats similaires (Martinez et al, 1999), (Meehan et al, 2000).

En 2005, une équipe a étudié pendant un an, dans une unité psychiatrique, à Melbourne, la fréquence des entretiens de reprise à la sortie de la chambre d'isolement. Ils concluent que cet entretien n'est pas réalisé de façon systématique (58,8% des patients, dans les 3 jours suivant la sortie de l'isolement). Ils constatent que cet entretien est plus souvent

proposé aux femmes (70%) qu'aux hommes (53,5%). Ils proposent des recommandations découlant de leur étude :

- Pratiquer d'autres recherches pour mettre en place un modèle d'entretien post-isolement ;
Ce modèle doit inclure : le moment le plus opportun pour réaliser cet entretien, la personne habilitée à le réaliser, la réponse du patient, et les lignes directrices pour la communication et la cohérence de cet entretien ;
- Un espace doit être prévu pour indiquer la réponse du patient, s'il consent ou non à cet entretien, et la possibilité d'en bénéficier à une date ultérieure ;
- Création d'une brochure explicative, pour informer les patients de la possibilité d'un entretien post-isolement, et la nature de cette intervention (Needham et al, 2010).

On retrouve d'ailleurs dans le référentiel de bonnes pratiques cliniques de l'ANAES, la nécessité d'un entretien centré sur le vécu du patient en chambre d'isolement qui doit être réalisé en fin de processus (ANAES, 1998).

⇒ Lors de notre enquête, ce qui transparait est que les patients ne bénéficient que très rarement de cet entretien. Certains patients (plus de la moitié) souhaitent pouvoir en disposer. Par contre, les patients ne semblent pas intéressés par la création d'un groupe de parole entre patients (dirigé par un médecin) pour revenir sur ces épisodes. La perspective de partager cette expérience avec des patients ayant vécu la même chose ne semble pas les séduire. Ils souhaitent que cela soit repris principalement avec leur médecin. Il n'est pas certain que bénéficier d'un temps d'élaboration améliore le ressenti des patients. Mais cela leur permettrait néanmoins de prendre du recul sur cette expérience (afin qu'elle prenne sens), de percevoir les caractéristiques du soin, et les objectifs de la chambre d'isolement.

Les patients ont besoin de parler de leur traversée en CSI longtemps après l'avoir vécue. L'entretien de recueil du vécu est donc le premier maillon d'une longue chaîne d'échanges pouvant prendre diverses formes d'expression en fonction des lieux de soins fréquentés par les patients leur permettant d'effectuer ce nécessaire travail de « reprise » existentielle et de cicatrisation narcissique (Perret, 2009). Cet entretien de reprise du vécu va s'inscrire dans un soin relationnel, participant à la promotion de l'alliance thérapeutique.

5 - ALLIANCE THERAPEUTIQUE

L'isolement s'avérait donc souvent traumatisant avec une dimension dévalorisante et punitive, l'impact émotionnel négatif pouvant persister au-delà. Des pistes d'amélioration dans l'utilisation des chambres d'isolement sont proposées en regard des principes éthiques et des règles qui les actualisent (Cano, 2011). Il s'agit notamment de reconnaître le patient comme l'agent de sa propre autonomisation par une information appropriée, progressive et réitérée dans le temps, essayant de tenir compte de ses capacités de compréhension et d'élaboration. Elle conditionne la valeur du consentement et fonde l'alliance thérapeutique.

⇒ Notre enquête retrouve néanmoins que l'utilisation de la chambre de soins intensifs ne semble pas influencer sur cette alliance. Mais ces résultats sont à interpréter avec précaution car les patients rencontrés dans le cadre de notre enquête sont des patients qui ont acceptés l'entretien, et qui sont suivis donc plus enclin à répondre favorablement à cette question de l'alliance thérapeutique. Cette enquête ne prend pas en compte les patients qui sont perdus de vue, et non suivis.

Il est également important de garder à l'esprit que souvent la chambre de soins intensifs peut être le premier lieu de contact avec l'institution psychiatrique. C'était le cas pour 3 patients dans notre enquête. On remarque aussi que pour les patients pour lesquels il s'agissait de leur première confrontation à ces mesures, leur vécu en était d'autant plus négatif. Cette question nous amène à réfléchir à des pistes pour améliorer nos pratiques et favoriser cette alliance.

6 - QUEL SOUVENIR DE CES MESURES ?

Il est important de ne pas oublier que les patients gardent en mémoire, plus qu'on ne le pense, leur mise sous contention ou en chambre de soins intensifs, quel que soit la nature de leur trouble. Et notamment les patients présentant un délire, ce qui peut être à l'origine d'une amplification du vécu traumatique.

Une étude réalisée par Palazzolo, porte sur l'analyse des témoignages des patients hospitalisés en psychiatrie, et ayant été placés en chambre d'isolement. Elle note que près de

85% des sujets ayant participé à cette étude se souvenaient du prénom des infirmiers en charge de leurs soins lors du séjour en chambre d'isolement, ainsi que de nombreux détails. Ceci permet de mettre en exergue le fait que cette expérience coercitive n'altère en rien la conscience des patients, en dehors probablement de la prescription d'un traitement psychotrope sédatif durant cette période (Palazzolo, 2004).

Une question que l'on peut également se poser est la nature de la relation entre la conscience de son trouble et le vécu de ces mesures. Est-ce qu'un patient n'ayant pas conscience de ses troubles peut attribuer une valeur thérapeutique à l'isolement ? Est-ce que cela accroît son vécu négatif ?

7 - AUGMENTATION DE L'UTILISATION DE CES METHODES

Certains auteurs font part ces dernières années d'une utilisation de plus en plus importante de la contention ou des chambres de soins intensifs. Comme énoncé précédemment, aucune enquête quantitative ou qualitative n'appuie ce constat, mais force est de constater que les chambres de soins intensifs sont rarement libres à l'hôpital et lorsqu'elles le sont, cela ne dure jamais très longtemps.

On peut donc se poser la question si cette impression d'augmentation est réelle ou non, ou si la mise en place de protocoles a permis une meilleure visibilité sur ces pratiques déjà utilisées auparavant, mais dans un cadre moins officiel.

Plusieurs tentatives d'explication à cette augmentation peuvent être proposées :

- En 2008, le plan sécuritaire de Nicolas Sarkozy a débloqué des fonds pour la création de chambres de soins intensifs, ce qui a indéniablement augmenté le nombre de ces chambres ;
- Les professionnels des établissements des grandes villes françaises évoquent le recours de plus en plus fréquent à l'isolement en raison de l'augmentation des phénomènes de violence et dénoncent parfois le manque de chambres d'isolement (ANAES, 1998) ;

On peut noter également le rôle non négligeable des toxiques dans l'augmentation de cette violence. L'absorption de divers toxiques augmente l'imprévisibilité des patients,

joue un rôle dans la décompensation psychiatrique des patients, dans l'inefficacité des traitements psychotropes ;

On assiste à une modification des présentations cliniques avec des « pathologies de l'agir » au premier plan de la scène ;

- La mise directe en chambre de soins intensifs (avec ou sans contention) d'un patient au décours de son passage aux urgences, éventuellement à la demande du médecin des urgences, dans un but de précaution (au vu du comportement qu'il a présenté aux urgences) et d'observation ;
- La baisse significative des posologies prescrites et le retrait de certains médicaments efficaces sur les états d'agitation aiguë (Vignat, 2014). Prescrire des doses infra thérapeutiques prive le patient d'un soulagement possible de sa souffrance et aggrave de surcroît celle-ci lorsque cette position s'accompagne de mesures coercitives (Cano et al, 2011) ;

Les nouveaux traitements antipsychotiques ont un effet sédatif moindre et favorisent une sédation psychique plutôt que de la vigilance (Giloux, 2009) ;

- La disparition du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique en 1992. A ce propos, un système de tutorat spécifique a été mis en place à Nantes, afin d'aider les « futurs jeunes diplômés » à approfondir leurs connaissances de la Psychiatrie. Un « compagnonnage » avait été créé pour l'accompagnement des nouveaux diplômés en Psychiatrie. Actuellement, les crédits alloués à ce système n'existent plus.
- La féminisation du corps soignant. Cette féminisation a apporté des modifications relationnelles entre les équipes de soignants. Dans un premier temps cela a pu être source d'apaisement, mais lorsque la féminisation devient trop importante, il y a un risque de voir resurgir la violence. D'après une étude réalisée en 1998, il semblerait en effet que l'évolution de la formation, la féminisation des services psychiatriques et le manque de personnel soient susceptibles d'accroître le passage à l'acte des patients (Rioton et al, 1998).

Les remarques faites par les patients lors du recueil spontané du vécu nous amènent à penser que des aménagements architecturaux pourraient être à envisager. Pour cela on peut s'inspirer d'autres établissements : en 2004, un enseignant de l'école des Beaux-Arts de Saint-Etienne, Vincent Le Marchand, propose que la chambre d'isolement fasse l'objet d'un cahier des charges pour un groupe d'étudiants en master de design (Giloux, 2009). Cette proposition est accueillie avec enthousiasme par l'hôpital, et pendant plusieurs mois 7 étudiants vont observer le travail des médecins et des infirmiers. Ils visitent des services, rencontrent des soignants et des patients stabilisés dont l'état aigu, au cours de leur maladie, a justifié un passage en chambre d'isolement. Au terme de 6 mois d'observation, ils doivent présenter des maquettes de chambres fermées, intégrant aspects médicaux et sécuritaires. Le groupe de travail propose alors une série de recommandations pour modifier les chambres d'isolement. Il s'agit dans ce contexte de ne jamais négliger l'utilité de certains aménagements techniques architecturaux qui sont là pour favoriser la relation thérapeutique et le bien-être. Ainsi, la commission d'étude sur ce centre hospitalier le Vinatier (Bron) a promu un dispositif architectural de base intégrant les aspects cliniques essentiels mais aussi les aspects éthiques, et bien entendu les aspects sécuritaires.

Ce projet propose donc un espace évolutif avec trois lieux contigus : une chambre d'aspect monacal, apaisante, comprenant le lit et les sanitaires isolés pour respecter l'intimité. Elle dispose également d'un fauteuil ou d'une petite niche dans le mur permettant au patient de s'asseoir pour se rassembler et s'apaiser. La chambre uniforme, douce dans ses tons, offre deux types d'éclairages (tamisé et technique). La fenêtre est à hauteur d'homme, mais le patient ne peut être vu de l'extérieur. Elle offre une vue dégagée. Il existe un sas où se trouvent la douche et un placard pour les effets personnels du patient. L'espace, la lumière et les couleurs sont étudiés (Giloux, 2006). Le but de ces modifications est d'améliorer la dimension éthique de l'isolement thérapeutique. Il s'agit de réduire les aspects carcéraux en préservant la dignité du patient.

Les patients ayant bénéficié de ces nouvelles chambres d'isolement rapportent que ces espaces ne véhiculent plus l'idée d'exclusion mais celle d'un véritable lieu de soins, avec une

attention portée au confort et au bien-être. Ils précisent que les espaces sanitaires qui respectent l'intimité sont bien étudiés et soulignent l'intérêt du siège intégré à la chambre qui permet au patient de manger, et où les soignants peuvent s'asseoir pour engager une relation.

On peut également imaginer la possibilité, pour les soignants, d'entrouvrir la fenêtre afin d'accompagner le patient pour qu'il fume une cigarette. Ceci est fait à l'hôpital Georges Daumazon (un des lieux de notre enquête) et cela permet aux patients de fumer de leur chambre, accompagné d'un soignant.

Une étude parue en 2001 (Ruffier Des Aimes, 2001) a conclu que le « moment cigarette » constituait un temps d'échange possible entre un soignant et un patient. Celui-ci n'a pas de valeur thérapeutique intrinsèque, mais le sens et la représentation que s'en font les soignants peuvent lui conférer un caractère thérapeutique.

CONCLUSION

Ce travail de thèse m'a énormément apporté, tant sur le plan clinique que sur le plan humain. Il m'a avant tout donné la possibilité d'aller à la rencontre de patients, et de tenir compte de leur ressenti. Cela m'a également permis de me sentir plus à l'aise dans ma pratique professionnelle, quant à l'utilisation de la chambre de soins intensifs et des contentions comme un outil de soins.

Pour un meilleur accompagnement des patients dans leur prise en charge thérapeutique, des éléments me paraissent incontournables, au vu des résultats de mon enquête. Il faut avant tout penser les réaménagements des chambres de soins intensifs, en privilégiant le confort et le bien-être du patient. Ce bien être dépendant beaucoup des besoins fondamentaux de l'être humain. L'hydratation du patient en est un parfait exemple. Tous ne sont pas en mesure de le demander mais beaucoup en ressentent le besoin. Il est également important de permettre au patient de se repérer dans le temps et l'espace. Il est nécessaire de lui donner des explications, sur les raisons de sa mise sous contention et/ou en chambre de soins intensifs et ne pas hésiter à les lui répéter tant qu'il n'est pas apte à entendre ou à recevoir l'information. Cette démarche permet, dans un bon nombre de cas, d'obtenir une alliance thérapeutique.

La rencontre avec le patient est fondamentale. Il faut favoriser la proximité avec le malade. C'est en s'asseyant, avec son accord, à ses côtés, que l'échange en sera renforcé.

Pour que l'expérience de la contention et de l'isolement prenne sens, il convient de lui permettre d'exprimer et d'élaborer son ressenti. Cette démarche vise à accorder à cette expérience une place dans son psychisme afin qu'il puisse s'y impliquer. Elle s'inscrit dans le cadre et le temps d'une relation thérapeutique sans cesse réajustée tenant compte du temps subjectif du patient.

Il semble également qu'il y ait un travail à poursuivre en amont de ces prises en charge, notamment avec les formations actuelles de prévention de la violence. Il est de notre devoir de soignant de nous familiariser avec ces pratiques.

L'aspect thérapeutique de la chambre de soins intensifs ne doit pas être oublié et son usage ne doit pas en être diabolisé. Cette notion ressort de notre enquête auprès des patients, ceux-ci pouvant tirer un réel bénéfice thérapeutique de cette expérience. L'usage des contentions doit rester quant à lui une mesure exceptionnelle, dans un but de protection et pendant la durée la plus courte possible.

La mise en place de façon systématique d'un débriefing reprenant les motifs thérapeutiques de l'isolement, pourrait probablement aider à une prise de conscience de la part des patients, vis-à-vis de la « perte de contrôle » en lien avec leurs troubles psychiques. Favoriser cette prise de conscience pourrait effectivement apporter une réponse à cet isolement vécu par le patient, voire même initier une amélioration de son insight.

ANNEXES

Annexe 1 : Protocole de mise en CSI (Hôpital G. Daumezon)

Données cliniques > Isolement thérapeutique > Prescription médicale

Titre : **ISOLEMENT THERAPEUTIQUE - PRESCRIPTION MEDICALE** Date : 04/09/2015
Observation : -

PRESCRIPTION (heure, prescripteur et durée de l'isolement)

Heure de la prescription médicale
00 : 00

Prescripteur

Prescription initiale Fin d'isolement Maintien de l'isolement

Si maintien de l'isolement, en préciser la raison

Durée prévue de l'isolement

Motif de l'isolement
Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou envers autrui (à préciser)

Précisions sur le motif d'isolement

Si l'isolement thérapeutique est > 24 h et SI, le mode d'hospitalisation est-il modifié ?
 Oui Non non concerné

Si NON, pourquoi ?

CONTENTION

Mise en place d'une contention
 oui non

Indication

Type de contention
 totale partielle

si partielle, préciser

Motif
 Agitation clastique Risque d'auto-agressivité majeur

SURVEILLANCE ET CONSIGNES

Surveillance somatique
 Pouls Température Tension artérielle Fréquence respiratoire
 Hydratation Signe de sevrage Pas de surveillance

Examens complémentaires

Soins spécifiques / Consignes particulières

Observation médicale

Repas
 Dans la chambre, seul(e) Dans la chambre, accompagné(e) Dans la salle à manger

Sorties accompagnées dans l'unité
 oui non

Suivi soignant à effectuer
 Toutes les heures Autre (à préciser)

Préciser la fréquence du suivi

Valider Annuler Signer Imprimer

Annexe 2 : Protocole de mise en CSI (Hôpital S. Jacques)

ETIQUETTE PATIENT	 <p>PREScription D'ENTREE et DE SORTIE DE CHAMBRE DE SOINS INTENSIFS ET SOINS INFIRMIERS (J1recto)</p>	ETIQUETTE UF
PREScription D'ENTREE (J1)		
DATE/...../.....	HEURE	NOM du médecin prescripteur:.....
		Signature:
DONNEES D'ENTREE MEDICALES		
INDICATIONS:		RISQUES au moment de la mise en CSI
		facteurs identifiés
		<input type="checkbox"/> suicidaire
		<input type="checkbox"/> automutilation
		<input type="checkbox"/> prise de toxique
		<input type="checkbox"/> liés au traitement
		Modalités d'hospitalisation
		<input type="checkbox"/> SDT
		<input type="checkbox"/> SDRE
		<input type="checkbox"/> HL
		Commentaires :
MOTIF et SITUATION CLINIQUE INITIALE		
INFORMATION DELIVREE AU PATIENT ET/OU L'ENTOURAGE		
PREScription ET DONNEES DE SORTIE		
DATE/...../.....	HEURE	NOM du médecin prescripteur:.....
		Signature:
SITUATION CLINIQUE A LA SORTIE		INFORMATION DELIVREE AU PATIENT ET/OU L'ENTOURAGE

7445-IM-001-V2 du 09/11/2011

ETIQUETTE PATIENT



**RENOUVELLEMENT DE PRESCRIPTION DE CSI
ET SOINS INFIRMIERS (à partir de J2)**

ETIQUETTE UF

PRESCRIPTION QUOTIDIENNE CSI

DATE/...../..... HEURE NOM du médecin prescripteur:

Signature:

SUIVI MEDICAL ET EVOLUTION SITUATION CLINIQUE

Protocole de soins individualisés

Contention :

Sorties temporaires (Horaires, Modalités):

Autres:

Surveillance

- Tension Artérielle
- Pulsation
- Température
- Comportement patient
- Transit

Fréquence

Conditions de sécurité d'intervention infirmière
 Nombre minimum :
 Personnel masculin :
 Personnel féminin :

Soins d'Hygiène:

SOINS INFIRMIERS : TRACABILITE DE L'EXECUTION

soins	heures	0h-1h	1h-2h	2h-3h	3h-4h	4h-5h	5h-6h	6h-7h	7h-8h	8h-9h	9h-10h	10h-11h	11h-12h	12h-13h	13h-14h	14h-15h	15h-16h	16h-17h	17h-18h	18h-19h	19h-20h	20h-21h	21h-22h	22h-23h	23h-24h
Prise des paramètres vitaux																									
Surveillance comportement																									
Soins d'Hygiène																									
Accompagnement hors CSI																									
Contrôle de la chambre																									
Contrôle de la tenue vestimentaire																									

Annexe 3 : Etude dossier

- sexe du patient
- âge du patient
- de quel secteur psychiatrique le patient dépend ?
- diagnostic
- 1^{ère} hospitalisation en psychiatrie ?
- 1^{er} passage en CSI ?
- Indication de la mise en CSI ?
- Indication d'une contention ?
- Quel type de sédation PO/IM ?
- Combien de temps a duré la CSI ?
- Combien de temps a duré la mise sous contention ?
- Mode d'hospitalisation avant la CSI :
SDT, SDRE, SL.
- Si HL, changement du mode d'hospitalisation ?

Annexe 4 : Questionnaire concernant la mise sous contention

- 1) Avez-vous ressenti une douleur physique en rapport avec la contention ?
- 2) Cette mise en contention vous a-t-elle fait peur ?
- 3) Avez-vous ressenti de la colère ?
- 4) La contention était-elle inconfortable ?
- 5) Avez-vous eu froid ? chaud ? soif ? faim ?
- 6) Vous êtes-vous senti apaisé par la contention ? A quoi était dû cet apaisement ? uniquement à la contention ou bien au traitement également ?
- 7) Vous êtes-vous senti agressé physiquement ou moralement ?
- 8) Vous a-t-on expliqué les raisons de la décision de cette contention ? l'avez-vous comprise ?
- 9) Est-ce que cela représente un soin pour vous ?
- 10) Avez-vous pu en reparler avec un médecin après la levée de la contention ? l'auriez-vous souhaité ?

Annexe 5 : Questionnaire concernant la mise en chambre de soins intensifs

- 1) Cette mise en CSI vous a-t-elle fait peur ?
- 2) Avez-vous ressenti de la colère ?
- 3) Avez-vous ressenti de la tristesse ?
- 4) La CSI était-elle confortable ?
- 5) Avez-vous eu froid ? chaud ? soif ? faim ?
- 6) La mise en CSI était-elle une punition ? ou l'avez-vous vécu comme tel ?
- 7) Vous êtes-vous senti en sécurité ?
- 8) Est-ce que la mise en CSI vous a protégé ?
- 9) Est-ce que cela vous a aidé ? en quoi ?
- 10) Vous êtes-vous senti apaisé par la CSI ? A quoi était dû cet apaisement ? uniquement à la CSI ou bien au traitement également +/- contention ?
- 11) Vous êtes-vous senti agressé physiquement ou moralement ?
- 12) Vous êtes-vous senti proche des soignants ? avez-vous pu communiquer avec eux facilement ?
- 13) Vous a-t-on expliqué les raisons de la décision de cette mise en chambre d'isolement ? l'avez-vous comprise ?
- 14) Est-ce que cela représente un soin pour vous ?
- 15) Avez-vous pu en reparler avec un médecin après la sortie de CSI ? l'auriez-vous souhaité ?
- 16) Est-ce que vous seriez d'accord pour être à nouveau hospitalisé si les troubles revenaient ?

Annexe 6 : Evaluation d'un état de stress post traumatique : échelle PCLS

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5
	Score total _ _ _ _				

BIBLIOGRAPHIE

- ALTY A, MASON T. « Seclusion and Mental Health: a break with the past ». Chapman and Hall, 1994, 201p. ISBN: 0412552302
- ANDRIEU J-P. « Ethique et isolement en psychiatrie ». Soins psychiatrie, n°294, septembre/octobre 2014, p. 16-20.
- ANZIEU, D. « Le Moi-peau ». Dunod, 1995, 291p, ISBN : 210002793X
- BARADELL J.G, JANET G. « Humanistic care of the patient in seclusion. » Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, february 1985, vol 23, issue 2, p. 9-14.
- BARATTA A. « L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte. Partie I : étude pilote au centre de Brumath (EPSAN, Alsace Nord). Perspective psy, 2009, volume 48, p. 278-285.
- BARATTA A, MORALI A. « Chambres d'isolement en psychiatrie: état des lieux en France ». Médecine et Droit, 2010, p. 86-89.
- BARROIS C. « Les névroses traumatiques ». Dunod, 1998, 248p, ISBN : 2100040375
- BEAUCHAMP T.L, CHILDRESS J.F. « The principles of biomedical ethics, 5ème édition ». Oxford University Press, 2001, p. 63.
- BION W-R. « Aux sources de l'expérience », Puf, 1962, éd 2003, 144p, ISBN : 978-2-13-053486-0
- BLANCHARD EB, JONES-ALEXANDER J, BUCKLEY TC, FORNERIS CA. « Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL) ». Behaviour Research and Therapy, august 1996, volume 34, issue 8, p. 669 - 673.
- BOURGEOIS F. « La chambre d'isolement thérapeutique ». La revue infirmière, n° 183, août/septembre 2012, p. 49-50.

- BOWERS L, VAN DER WERF B, VOKKOLAINEN A, MUIR-COCHRANE E, ALLAN T, ALEXANDER J. « International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: a comparative questionnaire survey ». *International journal of nursing studies*, march 2007, vol 44, issue 3, p. 357-364.
- BREHM SHARON S, BREHM JACK W. « Psychological reactance: a theory of freedom and control ». Academic Press, 1981, 446p. ISBN: 1483264890.
- BRIAN M. « L'utopie asilaire ». *Nervure*, 1988, vol 1, n° 1, p. 70-74.
- CAELIUS A. « On acute diseases and on chronic diseases ». The university of Chicago press, Drabkin I.E éd, june 1951, vol 42, n° 2, p. 148-150.
- CAIRE M. « Modalités de séquestration des aliénés de la Révolution à 1838 » In : *Histoire de la psychiatrie en France*. [en ligne]. Disponible sur <http://psychiatrie.histoire.free.fr> (consulté le 24 mai 2015)
- CANO N, BOYER L, GARNIER C, MICHEL A, BELZEAUX R, CHABANNES J-M, SAMUELIAN J-C, HARLE J-R. « L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques ». *L'encéphale*, mai 2011, vol 37, supplément 1, p. S4-S10.
- CANO N, BOYER L. « Evolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement ». *L'information psychiatrique*, septembre 2011, vol 87, n° 7, p. 589-593.
- CHARCOT J.M. Lecture XVII. « De l'isolement dans le traitement de l'Hystérie ». 1890, p. 243-246, IN : *ŒUVRES COMPLETES*, t. III. Paris, Lecronier et Babé.
- CONNOR C. « Post-traumatic stress disorder and psychosis: the role of empowerment ». *L'information psychiatrique*, Juin/juillet 2014, vol 90, n° 6, p. 461-465
- COZIC J-Y, GENEST P, KRESS J-J. « Isolement en tant que soin » *Psychiatrie française*, août 1996, vol. XXVII, n° Sp.96, p. 82-86.
- CROCQ L. « Les traumatismes psychiques de guerres ». Odile Jacob, 1999, 422p, ISBN : 2738107354

- CROCQ L. « Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes. » Masson, 2007, 308p, ISBN : 978-2-294-07144-7.
- DANION-GRILLIAT A. « Le diagnostic en psychiatrie : questions éthiques ». Masson, 2006, 132p, ISBN : 2-294-07661-3
- DE CLERCQ M, LEBIGOT F. « Les traumatismes psychiques ». Masson, 2001, 384p, ISBN : 2-294-00021-8.
- DUFOUR J. « Le dilemme enfermement pathologique/isolement thérapeutique : la déroute du psychiatre comme préliminaire à son travail ». Psychiatrie française, août 1996, vol. XXVII, n° Sp.96, p. 51-60.
- DUMONT A, TERRA J-L. « La contrainte physique pour répondre à la crise : règles, usages et réflexions ». Pratiques en santé mentale, novembre 2014, n° 4, p. 11-16.
- EL-BADRI S, MELLISOP G. « Patient and staff perspectives on the use of seclusion ». Australasian Psychiatry, august 2008, vol. 16, n° 4, p. 248-252.
- ESQUIROL J-E-D. Mémoire sur l'isolement des aliénés In « des maladies mentales ». Tome II, Paris, 1838.
- FAVEREAU E, « l'enferment revient en force dans les hôpitaux psychiatriques ». Libération, 27 novembre 2009.
- FISHER W-A. . « Seclusion and restraint: a review of literature ». American Journal of Psychiatry, november 1994, vol 151, issue 11, p. 1584 - 1591.
- FONTAINE O, FONTAINE P. « Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive ». Retz, 2006, 672p, ISBN : 2725625483.
- FOUCAULT M. « Histoire de la folie à l'âge classique ». Gallimard, 1976, 688p, ISBN : 2070295826
- FREUD S, BREUER J. « Etudes sur l'hystérie ». Puf, 1895, éd 2002, 272p. ISBN : 978-2-13-053069-5
- FREUD S. « Au-delà du principe de plaisir ». Payot, 1920, éd 2005, 160p. ISBN : 2228905534

- FRIARD D. « L'isolement en psychiatrie. Séquestration ou soin ? ». Masson, 2002. 232p. ISBN 9782294008344.
- FRIARD D. « Attacher n'est pas contenir. » Santé Mentale n° 86, mars 2004, p. 16-26.
- FRIARD D. « Isolement, trouvez une autre solution ». Santé mentale, n° 139, juin 2009, p. 24-29.
- FRUEH B.C, KNAPP R.G, CUSACK K.J, GRUBAUGH A.L, SAUVAGEOT J.A, COUSINS V.C, YIM E, ROBINS C.S, MONNIER J, HIERS T.G. « Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting ». Psychiatric services, september 2005, vol 56, n° 9, p. 1123-1133.
- GELEITEI P. « Chambre d'isolement et libertés individuelles ». Droit, déontologie et soin, septembre 2006, vol 6, n° 3, p. 293-320
- GILOUX N. « Iatrogénie et chambre d'isolement ». Santé mentale, juin 2006, n° 109, p. 70-73.
- GILOUX, N. « Une chambre protégée et structurante ». Santé mentale, juin 2009, n° 139, p. 66-68.
- GUISLAIN, J. « Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés ». Van Der Hey et fils, 1826, vol 2.
- GUTHEIL T.G. « Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient. » American Journal of psychiatry, april 1978, p. 325-328.
- HAKIMI P, DUPUIS G, VENISSE J-L. « La chambre d'isolement : un outil thérapeutique. A propos d'un cas ». Revue de neuropsychiatrie de l'ouest, 2000, n° 131, p. 9-12
- HAVET J-M. « Vers une clinique relationnelle de l'isolement » Psychiatrie française, août 1996, vol. XXVII, n° Sp.96, p. 61-70.
- HYVERT, L. « Soins contenant, alliance thérapeutique et bienveillance ». Soins psychiatrie, septembre/octobre 2014, n° 294, p. 21-24.

- JAMET, J-M. « Ethique et chambre d'isolement ». Soins psychiatrie n° 208, mai/juin 2000, p. 16-19.
- JANET P. « L'automatisme psychologique ». L'harmattan, 1889, éd 2005, 496p. ISBN : 2-7475-9048-8
- JOSSE E. « Etat de Stress Aigu et Etat de Stress Post-Traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5 ? » In : Résilience PSY. [en ligne]. Disponible sur [http:// http://www.resilience-psy.com](http://www.resilience-psy.com) (consulté le 21 juillet 2015)
- KAES R, MISSENARD A, ANZIEU D, GUILLAUMIN J, KASPI R, BLEGER J. « Crise, rupture et dépassement ». Dunod, 1979, 291p, ISBN : 978-2-04-010956-1
- LANTERI-LAURA G. « Eléments pour une histoire de la psychiatrie ». Journée d'étude du 8 février 1996 sur l'isolement thérapeutique en psychiatrie. In : Serpsy [En ligne]. Disponible sur <http://www.serpsy.org> (consulté le 11 avril 2015)
- LONDRES A. « Chez les fous ». Le serpent à plumes, 1999. 161p, p. 157. ISBN: 2-84261-033-4
- MARCIANO V, KIEFFER A-S, CHAMPSAUR C, BALDO E. « Contenance et contentions aux urgences : considérations pratiques et éthiques ». Pratiques en santé mentale, novembre 2014, n° 4, p. 25-30.
- MARTINEZ R, GRIMM M, ADAMSON M. « From the other side of the door: patient views of seclusion». Journal of psychosocial nursing and mental health services, 1999, vol 37, n° 3, p. 13-24.
- MASON T. « Seclusion: definitional interpretations ». The Journal of Forensic Psychiatry, 1992, vol 3, issue 2, p. 261-270.
- MAYERS P, KEET N, WINKLER G, FLISHER A. « Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint ». International Journal of Social Psychiatry, january 2010, vol 56, n° 1, p. 60-73.
- MEEHAN T, VERMEER C, WINDOSR C. « Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation». Journal of advanced nursing, 2000, vol 31, n° 2, p. 370-377.

- MEYER H, TAIMINEN T, VUORI T, ÄIJÄLÄ A, HELENIUS H. « Post-traumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, june 1999, vol 187, issue 6, p. 343-352.
- MOHR W-K, PETTI T-A. « Adverse effects associated with physical restraint ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 2003, vol 48, n° 5.
- MOREL P, QUETEL C. « Les médecines de la folie » Pluriel, 1985. 285p. ISBN 2-01-011281-4
- NEEDHAM H, DIP G, SANDS N. « Post-seclusion debriefing: a core nursing intervention ». *Perspectives in psychiatric care*, july 2010, vol 46, n° 3, p. 221-233.
- NILLES J-J. « Analyse documentaire relative au développement d'une démarche éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ».
- NORRIS M, KENNEDY C. « The view from within: how patients perceive the seclusion process ». *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 1992, vol 30, n° 3, p. 7-13.
- OLSEN D.P. « Isolement et surveillance vidéo, considérations éthiques ». *Soins psychiatrie* n° 210, septembre/octobre 2000, p. 26-29.
- PALAZZOLO J. L'isolement de Robert K : un pas vers une nouvelle naissance ». *Psychiatrie française*, août 1996, vol. XXVII, n° Sp.96, p. 138-142.
- PALAZZOLO J. CHIGNON J-M, CHABANNES J-P. « Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie, étude prospective. » *L'Encéphale*, 1999, XXV, p. 477-482.
- PALAZZOLO J. « Chambre d'isolement et contention en psychiatrie ». Masson, 2002, 226p, ISBN: 2-294-00916-9
- PALAZZOLO J. « Contention et perspectives thérapeutiques », *santé mentale*, mars 2004, n°86, p. 36-41.

- PALAZZOLO J. « A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage de patients ». *L'encéphale*, 2004, XXX, p. 276-284.
- PEPIER I. « A propos des chambres d'isolement dans l'institution psychiatrique. Du non-dit à une possibilité d'en parler. Une tentative pour sortir de l'enfermement. » Dijon, faculté de médecine, 11 décembre 1992.
- PERRET P. « L'entretien de recueil du vécu ». *Santé mentale*, n° 139, juin 2009, p. 58-61.
- POLLARD R, YANASAK E.V, ROGERS S.A, TAPP A. « Organizational and unit factors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit. » *Psychiatry Quarterly*, 2007, volume 78, p. 73-81.
- POSTEL J, QUETEL C. « Nouvelle histoire de la psychiatrie ». Dunod, 1994, 647p. ISBN 2-10-002035-8.
- RAMEIX S. « Fondements philosophiques de l'éthique médicale ». Ellipses, 1996, 159p, p. 87. ISBN 2729896414, 9782729896416
- RIOTON B, PELTIER M-P, GUIBERT S. « Les accidents du travail du personnel soignant au cours d'interactions violentes avec des patients en milieu psychiatrique ». *L'information psychiatrique*, 1998, vol 74, n° 2, p. 153-161.
- ROBINS C.S, SAUVAGEOT J.A, CUSACK K, SUFFOLETTA-MAIERLE S, FRUEH C. « Consumers' perceptions of negative experiences and "sanctuary harm" in psychiatric settings ». *Psychiatric Services*, September 2005, Vol. 56, n°9, p 1134 – 1138.
- RUFFIER DES AIMES Y. « isolement thérapeutique et moment cigarette ». *Soins Psychiatrie*, mai/juin 2001, n° 214, p. 30-32.
- RUMEN C, VALENTE P. « La chambre d'isolement est-elle soluble dans la démocratie ? » *Journal français de psychiatrie*, 2004/3, n°23, p. 25-26.
- SARKOZY N, discours du président de la république le 2 décembre 2008 à Antony.

- SHAW K, McFARLANE A, BOOKLESS C. « The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, July 1997, vol 185, issue 7, p. 434-441.
- SNORRASON J, GRIMSDOTTIR GU, SIGURDSSON JF. « Special observation on psychiatric patients on acute inpatient wards at the Division of Psychiatry, Landspítali-University Hospital in Iceland, attitudes of patients and staff ». *Læknabladid*, déc 2007, vol 93, issue 12, p. 833-839.
- STEINERT T, BIRK M, FLAMMER E, BERGK J. « Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: one-year follow-up of a randomized controlled study ». *Psychiatric services*, Oct 2013, vol 64, n° 10, p. 1012-1017.
- STEINERT T, LEPPING P, BERNARDQSGRUTTER R, CONCA A, HATLING T, JANSSEN W, KESKI-VALKAMA A, MAYORAL F, WHITTINGTON R. « Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals a literature review and survey of international trends. » *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, September, 2010, p. 889-897.
- TARDIFF K. « Emergency control measures for psychiatric inpatients ». *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1981, volume 169, p. 614-618.
- TOULOUSE E. « Les pages oubliées, de l'emploi des cellules par Parchappe ». *Revue de psychiatrie*, 1897, 9, p. 15.
- TOUZET P. « Pour une éthique de la contention ». *Santé mentale*, n° 86, mars 2004, p. 54-57.
- VENTUREYRA VAG, YAO S-N, COTTRAUX J, NOTE I, DE MEY-GUILLARD C. « The validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale in posttraumatic stress disorder and nonclinical subjects. » *Psychotherapy and Psychosomatics*, february 2002, p. 47 - 53.
- VIGNAT J-P. « Isoler pour soigner ». *Soins psychiatrie*, sept/octobre 2014, n° 294, p. 12-15.

- WADESON H, CARPENTER W.T. « Impact of the seclusion room experience. » Journal of Nervous and Mental Diseases, 1976, volume 163, p. 318-328.
- WEISS E.M. « A nationwide pattern of death ». The Hartford courant, october 1998.
- WINNICOTT D. « L'enfant et sa famille ». Payot, 1975, 214p. ISBN : 2228895539
- YAO S-N, COTTRAUX J, NOTE I, DE MEY-GUILLARD C, MOLLARD E, VENTUREYRA V. « Evaluation des états de stress post traumatique : validation d'une échelle, la PCLS ». L'Encéphale, volume 29, n° 3, juin 2003, p. 232-238.

Textes de loi

- « Article 118-1 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux ». In : Vos droits en santé. [En ligne]. Disponible sur <http://www.vosdroitsensante.com> (consulté le 20 juin 2015)
- BERNARDET P. La loi du 27 juin 1990 à la lumière de la pratique, document de travail, groupe d'évaluation de la loi du 27 juin 1990.
- « Charte de l'utilisateur en santé mentale du 8 décembre 2000 ». In : site du centre hospitalier de Saint Nicolas de Port. [En ligne]. Disponible sur <http://www.ch-saint-nicolas.fr> (consulté le 21 juin 2015)
- « Circulaire n°2006-90 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée ». In : Santegouv. [En ligne]. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr> (consulté le 13 juin 2015)
- « Code de déontologie médicale ». In : conseil national de l'Ordre des médecins. [En ligne]. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr> (consulté le 13 juin 2015)
- « Code de la santé publique » In Legifrance. [En ligne]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 14 juin 2015)
- « Code pénal ». In : Legifrance. [En ligne]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 13 juin 2015).

- « Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 ». In : Ministère de la justice. Textes et réformes. [En ligne]. Disponible sur <http://justice.gouv.fr> (consulté le 20 juin 2015)
- « Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 ». In : Ministère de la justice. Textes et réformes. [En ligne]. Disponible sur <http://justice.gouv.fr> (consulté le 21 juin 2015)
- « Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ». In : Legifrance. [En ligne]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 20 juin 2015)
- « Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés ». In : CRPA cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie. [En ligne]. Disponible sur <http://psychiatrie.crpa.asso.fr> (consulté le 14 juin 2015)
- « Loi concernant les malades mentaux du 20 mars 1985 ». Assemblée parlementaire, documents de séance, session ordinaire de 2005 (troisième partie), juin 2005, vol IV, p. 63
- « Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ». In : Legifrance. [En ligne]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 21 juin 2015)
- « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». In : Legifrance. [En ligne]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 21 juin 2015)
- « Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». In Legifrance. [En ligne]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 21 juin 2015)
- « Circulaire N°48 D.G.S./SP3/ du 19 juillet 1993 (circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour

- troubles mentaux ». [En ligne]. Disponible sur <http://www.requa.fr> (consulté le 20 juin 2015)
- « Rapport du Groupe National d'Évaluation de la loi du 27 juin 1990 ». In : BDSP banque de données en santé publique. [En ligne]. Disponible sur <http://www.bdsp.ehesp.fr> (consulté le 14 juin 2014)
 - « Rapport au gouvernement de la République Française relatif à la visite effectuée en France par le CPT du 28 novembre 2010 au 10 décembre 2010, paragraphes 172 et 174 ». In : Conseil de l'Europe. [En ligne]. Disponible sur <http://www.cpt.coe.int> (consulté le 14 juin 2015)
 - « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie ». In Assemblée nationale. [En ligne]. Disponible sur <http://www.assemblee-nationale.fr> (consulté le 14 juin 2015)
 - « Rapport d'activité 2013 du contrôleur général des lieux de privation de liberté ». In : Contrôleur général des lieux de privations de liberté. [En ligne]. Disponible sur <http://cglpl.fr> (consulté le 21 juin 2015)
 - « Recommandation 1235 du Conseil de l'Europe relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme ». In : Conseil de l'Europe. [En ligne]. Disponible sur <https://wcd.coe.int> (consulté le 20 juin 2015)
 - « Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux ». In : Conseil de l'Europe. [En ligne]. Disponible sur <https://wcd.coe.int> (consulté le 20 juin 2015)
 - « Résolution 46/119 de l'ONU, principe 11, 1991 ». In : Déclarations et conventions figurant dans les résolutions de l'assemblée générale. [En ligne]. Disponible sur http://www.un.org/french/documents/instruments/docs_fr.asp

Textes des recommandations ANAES/HAS

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. « Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie ». 1998. ISBN 2-910653-38-2
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Conférence de consensus : « l'agitation en urgence, (petit enfant excepté) ». Recommandations du jury, texte court. Masson, 2002.
- Comité d'éthique des hôpitaux de Saint Maurice ». Avis n°4, mars 2012. In : Hôpitaux de Saint-Maurice. [En ligne]. Disponible sur <http://www.hopitaux-saint-maurice.fr> (consulté le 3 mai 2015)
- Haute Autorité de Santé. Conférence de consensus : « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité.» Texte des recommandations, version longue. Novembre 2004.
- VIGNAT J-P. Conduites à tenir, mise en chambre d'isolement, Document de travail contenu dans le dossier bibliographique remis par l'ANDEM, « L'audit clinique appliqué à l'évaluation de l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie adulte ». 1995, 5p.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de thèse :

Contention et mise en chambre de soins intensifs :
une approche clinique du vécu du patient

RESUME

La mise en chambre de soins intensifs et l'utilisation de la contention sont des pratiques relativement courantes en France (environ 5% des patients hospitalisés pour la mise en chambre de soins intensifs). Elles interpellent tant l'opinion publique que les soignants. Elles mettent à mal la conviction de bienveillance dans la démarche de soins et questionnent les principes éthiques du soignant. Ce travail de thèse propose d'aborder l'impact de ces pratiques sur le malade. Notre réflexion découlera des échanges avec les patients ayant été confrontés à ces mesures. Ils nous feront partager leur vécu. Nous rechercherons des éléments de vécu traumatique en lien avec ces pratiques. Nous utiliserons ces résultats pour dégager des pistes de réflexion pour faire évoluer nos pratiques soignantes.

MOTS CLES

Chambre de soins intensifs ; Contention ; Vécu ; Traumatisme ; Relation thérapeutique ; Ethique, Soins, Législation ; Protection ; Débriefing